

Vi anmäler oss för tecknande av försäkringsavtal enligt skyldighet som följer av träffade kollektivavtal till följande försäkringar för våra anställda (kryssa i alternativ nedan):

**Tjänstegrupplivförsäkring (TGL-KL)** enligt försäkringsvillkor i KPA Tjänstepensionsförsäkring AB med kollektivavtal gällande från och med: \_\_\_\_\_

Ange ert kollektivavtal: \_\_\_\_\_  
Allmänna bestämmelser (AB), KFS eller Fastigo är exempel på kollektivavtal.

Har arbetsgivaren tecknat kollektivavtal för viss arbetstagarkategori som omfattas av tjänstegrupplivförsäkring i annat försäkringsbolag?

Nej  Ja, ange arbetstagarkategori och försäkringsbolag: \_\_\_\_\_

Uppskattad årslönesumma för ett helt år, för alla anställda som ska omfattas av TGL-KL.

Årslönesumma, kronor

**Familjeskydd AKAP-KL** enligt försäkringsvillkor i KPA Tjänstepensionsförsäkring AB med kollektivavtal gällande från och med: \_\_\_\_\_

Uppskattad årslönesumma för ett helt år, för alla anställda som ska omfattas av familjeskydd AKAP-KL.

Årslönesumma, kronor

Arbetsgivarens namn		Organisationsnummer	
Adress	Postnummer	Ort	

Uppgifter i denna anmälan är lämnad av		Namn (textat)	
E-postadress	Telefon	Datum (åååå-mm-dd)	
Underskrift av behörig firmatecknare		Namnförtydligande	

**Denna anmälan sänds till:**

KPA Pension, Box 735, 851 22 Sundsvall