

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 Livförsäkring 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:

☐ **Familjeskydd AKAP-KL** enligt försäkringsvillkor i KPA Pensionsförsäkring AB med kollektivavtal gällande från och med:

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 tillsammans med blankett Kundkännedom Juridisk person samt Vidimerad ID-handling för den som tecknar avtalet sänds till:
KPA Pension
Upphandling
106 85 Stockholm