

Skickas till:
KPA Livförsäkring AB,
106 85 Stockholm

Namn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort

Jag återkallar härmed mitt särskilda förmånstagarförordnande för tjänstegrupplivförsäkringen TGL-KL och vill att standardförordnande ska gälla.

Ort och datum	Namnunderskrift
---------------	-----------------

KPAs noteringar

Registrerat och bekräftat: