

Blankett för att enbart teckna Tjänstegrupplivförsäkring, TGL, för någon anställd.

UPPGIFTER OM ARBETSGIVAREN

Företagets namn

Organisationsnummer

Kontorsnummer

PERSONER SOM OMFATTAS

Namn	Personnummer	Tidsperiod

ARBETSGIVARENS UNDERSKRIFT

Arbetsgivaren intygar att samtliga som anmäls till försäkringen är fullt arbetsföra. En person som är sjukskriven eller uppbär aktivitets- eller sjukersättning, har inte rätt till TGL-försäkring. En person som är partiellt arbetsför och som i sin deltidsanställning arbetar minst 8 timmar per vecka ska TGL-försäkras.

Kontaktperson

Datum

Telefon, ink. riktnr

Underskrift av behörig firmatecknare