

Personnummer		Telefon dagtid även riktnummer
Förnamn	Efternamn	
Adress	Postnummer och Ort	
Vid utlandsbosättning: Jag är en person i politisk utsatt ställning, så kallad PEP.		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

Uppgifter om senaste arbetsgivaren

Arbetsgivare		Telefon dagtid även riktnummer
Adress		Postnummer och ort
Anställningstid	från och med	till och med
Orsak till avgången	Veckoarbetstid:	
	Anställd som	

Förhållande efter anställningen

<input type="checkbox"/> Sjukskriven	från och med	till och med	<input type="checkbox"/> Arbets sökande	från och med	till och med
<input type="checkbox"/> Nyanställning utan TGL-KL-försäkring	från och med	till och med	Veckoarbetstid:		
Arbetsgivare	Annat		från och med	till och med	

Hälsodeklaration (sätt kryss i aktuell ruta)

1. Är du fullt arbetsför? (det vill säga inte uppbar sjukpenning, sjukersättning eller aktivitetsersättning)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
2. Behandlas eller kontrolleras du för sjukdom, skada eller handikapp?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
3. Har du under de senaste fem åren vårdats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral eller i övrigt anlitat läkare eller annan sjukvårdspersonal?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du svarat "Nej" på fråga 1 eller "Ja" på någon av frågorna 2 och 3 ska du lämna kompletterande uppgifter om anledningen till undersökningen eller om vilken sjukdom, skada eller handikapp det gäller. Du skall också uppge tidpunkt, eventuell behandling och resultat samt vilken läkare (namn och mottagningsadress) eller sjukvårdsinrättning (klinik eller avdelning) du anlitat.		
Komplettera uppgifter till hälsodeklarationen. Räcker inte denna sida till går det bra att använda blankettens baksida.		
De uppgifter jag lämnat i hälsodeklarationen ligger till grund för försäkringen. Jag är medveten om att oriktig eller ofullständig uppgift kan medföra att försäkringen inte gäller.		

Undertecknad intygar att ovan lämnade uppgifter är riktiga.

Underskrift	Datum
Namnförtydligande	

KPA Pensions noteringar

Granskad av	Antagen, försäkring från och med
-------------	----------------------------------