

	<input type="checkbox"/> Årsanmälan	<input type="checkbox"/> Månadsanmälan				
UPPSÄGNING OCH ÖVERFÖRING	Bolag, där försäkringen uppsägs	ArPL-försäkringsnummer	ArPL-tilläggs pensionsförs.nr			
	Försäkringen upphör <input type="checkbox"/> 31.3. <input type="checkbox"/> 30.6. <input type="checkbox"/> 30.9. <input type="checkbox"/> 31.12.20____					
Försäkringen överförs till Tapiola fr.o.m. början av månaden som efterföljer slutdatumet						
ARBETSGIVARENS UPPGIFTER	Namn		Personbeteckning/FO-nummer			
	Adress		Postnummer Postanstalt			
	Telefon arbetet	E-post	Faxnummer			
	Språk	Kontaktpersonens namn (i arbetsgivarens tjänst)	Telefonnummer			
	Bransch					
SKÖTARE AV FÖRSÄKRINGEN	Företagets namn		FO-nummer			
	Ansvariges namn	E-post	Telefonnummer			
	Adress		Postnummer Postanstalt			
	<input type="checkbox"/> Jag vill få tillgång till företagets nättjänst					
INKASSERINGS- UPPGIFTER	Antalet avgiftsposter (årsanmälan)		Förfallomånad för första avgift			
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> På eget initiativ					
Den som anmäler månatligen kan som bilaga till fakturan få en specifikation över anställda jämte löneuppgifter.						
<input type="checkbox"/> Jag vill få bilagan om anställda						
KONTO- UPPGIFTER	Bankkontakt och kontonummer för premieåterbetalning					
FÖRETAGSFORM	<input type="checkbox"/> Aktiebolag <input type="checkbox"/> Privat näringsidkare <input type="checkbox"/> Öppet bolag <input type="checkbox"/> Kommanditbolag					
ÄGAR- FÖRHÅLLANDEN INOM FÖRETAGET	Bolagsmännens eller delägarnas namn, personbeteckning samt deras ställning eller uppgift inom bolaget		BOLAGSMAN I KOMMANDITBOLAG	ÄGER I AKTIEBOLAG, %		
			ansvarig	tyst	ensam	Tillsammans med familjemedlemmar i samma hushåll
					aktier	röstetal
					aktier	röstetal
FÖRSÄKRINGS- UPPGIFTER	Är det fråga om säsongsarbetsgivare?		Anställda är försäkrade under följande månader			
	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja					
	Försäkras alla ArPL-anställda med denna försäkring?		Försäkringen gäller följande arbetstagargrupp			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej					
Antalet arbetstagare		Arbetstagarnas årsinkomster sammanlagt	Grunden för överföring av anställning			
Det är frågan om <input type="checkbox"/> försäkring för förtroendeuppdrag <input type="checkbox"/> frivillig försäkring för utlandet						
UNDERSKRIFT	Ort och datum		Arbetsgivarens underskrift			
FÖRSÄLJNING- UPPGIFTER	Distrikt	Ombudsnummer	Ombudets namn		Procentandel	
	Distrikt	Ombudsnummer	Ombudets namn		Procentandel	
	Tipsarens nummer		Tipsarens namn		Kampanjnummer	

Tapiola-ryhmä  
maksaa  
postimaksun

**TAPIOLA-RYHMÄ**  
**Espoo**  
TyEL-Vakuutukset  
FMO3B  
Info: netti  
Tunnus 5007453  
**00003 VASTAUSLÄHETYS**