

# TILMELDINGSBLANKET FORENEDE GRUPPELIV GRUPPELIVSFORSIKRING

Efternavn og fornavn

CPR-nummer

Gade/vej

Postnummer    By

Telefonnummer (privat)

E-mail (privat)

Stilling

Tjenestested

Ovennævnte bekræfter, at jeg ønsker medlemskab af den mellem Politiforbundet og Forenede Gruppeliv indgåede kollektive forsikringsordning, og jeg er indforstået med, at præmien fradrages månedsvi i min lønudbetaling.

Dato

Underskrift