

EROAMISILMOITUS

PORIN KTV:N SAIRAUSKASSA
Otavankatu 8 B 72
28100 Pori
Puh. 02 633 0205

kassa@ktvkassa.fi
www.ktvkassa.fi

Huom!
Toimita tulostettu alkuperäinen
lomake täytettynä ja
allekirjoitettuna kassaan.

ILMOITUS PORIN KTV:N SAIRAUSKASSASTA EROAMISESTA

Vakuutetun tiedot:

Sukunimi ja etunimet, henkilötunnus

Lähiosoite, postinumero ja postitoimipaikka

Puhelin, sähköpostiosoite

Vakuutettu eroaa kassasta tehtyään kassalle eroamista koskevan kirjallisen eroamisilmoituksen vähintään 2 kuukautta ennen eroamispäivää.

Vakuutettu, joka on kerran eronnut kassasta, ei ole oikeutettu liittymään kassaan uudelleen. Vakuutetulla, joka eroaa kassasta, ei ole osuutta kassan varoihin.

Lisäetuuskortti on palautettava vakuutussuhteen päättyttyä Porin KTV:n sairauskassaan.

Eroan Porin KTV:n sairauskassasta ___/___ 20___ alkaen.

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi.

Päiväys

allekirjoitus ja nimenselvennys