

MEDLEMSBLANKETT

Detta blankett kan du använda när du ansluter dig som medlem i WasaWärtsiläs sjukkassan.

WaasaWärtsiläs sjukkassan är en arbetsplatskassa som sköter om att sina medlemmar får FPA-förmånerna i enlighet med sjukförsäkringslagen. Utöver ersättningarna från FPA betalar sjukkassan tilläggsförmåner

Medlemskap i kassan är frivilligt och ansökan bör lämnas in senast inom sex (6) månader efter början av arbetsförhållandet.

Kassans styrelse beslutar om godkännande av medlemmar. Medlemskapet träder i kraft från början av kalendermånaden efter styrelsens beslut.

Jag vill bli medlem i WasaWärtsiläs sjukkassan och förbinder mig till att följa sjukkassans reglerna:

Efternamn:	Förnamn:
Personbeteckning:	Kontonummer:

Näradress:	
Postnummer och -ort:	
Telefonnummer:	
e-postadress:	
Arbetsgivare:	Arbetsförhållandet började:

Datum:	Underskrift:
--------	--------------

Olen saanut Tietosuoja-asetuksen mukaisen rekisteröidylle tarkoitettun informaation henkilötietojen käytöstä.

Annan suostumukseni tietojeni luovuttamiseen seuraaville tahoille: Kela, työnantaja, palveluntuottajat.

*WaasaWärtsilän sairauskassa,
Järvikatu 2-4, 65100 Vaasa
p. 050 379 8203
waasawartsilan.sairauskassa@kela.fi*