

DU KAN ANVÄNDA DENNA BLANKET FÖR ATT FORTSÄTTA DITT MEDLEMSKAP I SJUKKASSAN EFTER PENSIONERINGEN. PENSIONSMELEMSKAP FÖRUTSÄTTER MINST 15 ÅRS MEDLEMSKAP I SJUKKASSAN. FORTSÄTTNING AV MEDLEMSKAP MÅSTE ANSÖKAS INOM EN MÅNAD EFTER ATT DU FÅTT DITT PENSIONSBESELT.

JAG VILL FORTSÄTTA SOM MEDLEM I SJUKKASSAN EFTER ATT JAG GÅTT I PENSION OCH FÖRBINDER MIG ATT FÖLJA SJUKKASSANS REGLER.

PERSONBETECKNING:

---

EFTERNAMN:

---

FÖRNAMN:

---

ADRESS:

---

E-POSTADRESS:

---

TELEFONNUMMER:

---

KONTONUMMER:

---

PENSIONEN BÖRJAR:

---

DATUM: \_\_\_\_\_

UNDERSKRIFT:

---

WaasaWärtsiläs Sjukassa  
Industrigatan 9 B, 65170 Vasa  
050 379 8203  
waasawartsilan.sairauskassa@kela.fi