

SUNILAN SAIRAUSKASSA

Valliniemenkatu 4 A 1-2

48900 KOTKA

Puh. 05-262 563

sunilan.sairauskassa@kela.fiwww.sunilansairauskassa.fi**TIEDOT TYÖPAIKKAKASSAA VARTEN**

Nimi _____

Henkilötunnus _____ Puh. _____

Osoite _____

S-posti _____

Tilinumero _____

Työnantaja _____

Työsuhde alkanut _____ Ammatti _____

Kassan jäsenyyden alkamisaika _____

Työsuhde voimassa toistaiseksi

Määräaikainen mihin asti

Kassan vakuutetuksi voi liittyä kassan toimintapiiriin kuuluvat henkilöt, jotka pääsääntöisesti työskentelevät Sunilan tehdasalueella ja Sunilan Sairauskassaan työsuhhteessa olevat henkilöt, jotka saavat sairauskassalta pääasiallisen toimeentulonsa sekä heidän perheenjäsenensä, jotka ovat kassassa edunsaajina.

Vakuutussuhdetta on haettava kirjallisesti kassan hallitukselta kahden kuukauden kuluessa työsuhteen alkaessa.

Kassan vakuutusmaksu on 1,5 % vakuutetun työnantajalta tai sairauskassalta saamastaan ennakkoperintälain (1118/1996) alaisesta palkasta sekä myös palkattomien poissaolojen aikana maksetuista palkoista ja palkkioista.

SUNILAN SAIRAUSKASSAN HALLITUKSELLE

Haluan liittyä kassaan sekä sairausvakuutuksen että lisäetuksien osalta ja annan suostumuksen tietojeni siirtoon kassan ja työnantajan sekä palvelujentuottajien välillä.

En halua liittyä kassan toimintapiiriin

Alle 17 vuotta nuoremmat lapset, jotka halutaan vakuuttaa edunsaajina:

Nimi

Henkilötunnus

Paikka ja aika_____
Allekirjoitus