**KOTKAN VAKUUTUSKASSA** **LIITTYMISLOMAKE** **2023**

**Vakuutetun nimi**

**Henkilötunnus**

**Lähiosoite**

**Postinumero, postiosoite**

**Kotipuhelin**

**Työpuhelin**

**Sähköpostiosoite**

**IBAN tilinumero**

**Toimihenkilö/ työntekijä**

**Työnantaja: (merkitse oma työnantajasi)**

**Dongwha Finland Oy,**

**MM Kotkamills Boards Oy, MM Kotkamills Absorbex Oy, MM Kotkamills Wood Oy,**

**Kotkan Vakuutuskassa,**

**Suomen Terveystalo Kotka, työterveys**

**Stora Enso Logistics, Kotkan tehtaiden läheisyydessä työskentelevät henkilöt**

**Työsuhteen alkamispäivä – Vakituinen/ määräaikainen työsuhde – työsuhteen päättymispäivä**

**Kassan jäsenyyden alkamispäivä (Jäsenyys alkaa hallituksen päätöstä seuraavan kk:n alusta,**

**kassa täyttää)**

 **­­­­­­­­­­­­­­­­­­--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Paikka**

**Aika**

**Allekirjoitus**

**KOTKAN VAKUUTUSKASSA LIITTYMISLOMAKE 2023**

**Edunsaaja**

**(4.§… Alle 16-vuotiaat omat ja yhteishuoltajuudessa olevat lapset. Sekä alle 16-vuotiaat otto-**

**tai kasvattilapset, jotka asuvat maksavan jäsenen kanssa samassa taloudessa…)**

**Nimi**

**Henkilötunnus**

**Nimi**

**Henkilötunnus**

**Nimi**

**Henkilötunnus**

**Nimi**

**Henkilötunnus**

**Nimi**

**Henkilötunnus**

*Suostun siihen, että henkilötietojani käsitellään Kotkan Vakuutuskassan jäsenyys- ja*

*korvausasioiden hoitamisessa.*

*Annan Kotkan Vakuutuskassalle luvan ilmoittaa jäsenyystietoni työnantajalle, työnantajan*

*palkkausta hoitavalla Silta Oy:lle jäsenmaksun perimistä varten.*

*Haluan/ en halua, että tietoni poistetaan Kotkan Vakuutuskassan jäsenrekisteristä,*

*kun jäsenyyteni kassassa päättyy.*