

ANSÖKAN om passivt medlemskap

Personnummer	Telefon bostad	Telefon arbete	E-post
Ansökan om passivt medlemskap			
<input type="checkbox"/> Pension/Avgångspension fr o m _____			
<input type="checkbox"/> Sjukersättning (ej tidsbegrän fr o m _____			
Bifoga beslut från försäkringskassan.			
Omfattas du av Ledarnas personförsäkring och vill veta mer logga in på trygghansa.se/ledarna.			
Datum		Underskrift	

Blanketten skickas till Ledarna, Medlemsadministration, Box 12069, 102 22 Stockholm eller scanna och skicka blanketterna via kontaktformuläret på ledarna.se/kontakt

Ledarnas uppgifter

Ändring av medlemsform Ny medlemsform _____ fr o m _____

Handläggare _____