

Personuppgifter

Personnummer

Mobiltelefon

E-post

Anledning till ansökan

Pension/avgångspension

Sjukersättning* (ej tidsbegränsad)

Från och med

Från och med

***Bifoga beslut från försäkringskassan.**Omfattas du av Ledarnas personförsäkring och vill veta mer logga in på trygghansa.se/ledarna.**Underskrift**

Datum

Underskrift

Ledarnas uppgifter

Ny medlemsform

Fr o m

Handläggare

Blanketten skickas tillLedarna, Medlemsadministration,
Box 12069, 102 22 Stockholmeller scanna och skicka blanketten
via kontaktformuläret på ledarna.se/kontakt