

LAKISÄÄTEISEN TAPATURMAVAKUUTUKSEN PÄÄTTYMISILMOITUS

Vakuutusyhtiön nimi ja osoite:

Työnantajan nimi:

Osoite, puhelin:

Yhteystiedot vakuutusmaksupalautusta varten:

Kainuun sosiaali- ja terveyden huollon kuntayhtymä

Pankkiyhteystiedot: FI08 8119 9710 0089 72 DABAFIHH

Lakkautamme lakisääteisen tapaturmavakuutuksen, koska

- Palveluksessa ei ole työsuhteessa olevia työntekijöitä seuraavasta päivämäärästä lähtien
____/____ 20____

Lisätiedot:

Ilmoituksen päiväys ja allekirjoitus

Paikka ja aika _____

Työnantajan tai hänen edustajansa allekirjoitus
Nimenselvennys:

ILMOITUS LÄHETETÄÄN VAKUUTUSYHTIÖÖN