



Anmälan om utträde.

Var vänlig och fyll i nedanstående uppgifter och återsänd till a-kassan.

Personnummer _____

Förnamn _____

Efternamn _____

Jag söker utträde ur Livs a-kassa fr o m (ÅÅ-MM-DD) _____

Orsak till utträde _____

Ort, datum _____

Namnteckning _____

Om du har för avsikt att gå med i en annan a-kassa och inte ansökt om inträde redan vill vi påminna om att det är viktigt att du gör det omgående. Detta för ett sammanhängande medlemskap i a-kassan. Om du har en pågående ersättningsperiod med arbetslöshetsersättning eller aktivitetsstöd från försäkringskassan så kan den påverkas. Det viktigt att du inte får ett glapp i medlemstiden.

Kontrollera att du har rätt till inträde i den nya a-kassan innan du begär utträde.

Du är skyldig att betala avgifterna till och med sista medlemsmånaden.

Utträde kan inte ske retroaktivt.

Livsmedelsarbetarnas arbetslöshetskassa

Skicka blanketten till:

Livs A-kassa
Fe 10
930 88 Arjeplog