



Umsókn um styrk úr sjúkrasjóði Víf.S

Sjúkrasjóður Víf.S-Suðurlandsvegi 3-850 Hellu-S:487-5000-Fax:487-5003- vs@vifs.is

NAFN: _____ KENNITALA: _____

HEIMILI: _____ PÓSTNR: _____

HEIMASÍMI: _____ VINNUSÍMI: _____ GSM: _____

NETFANG: _____

VINNUSTAÐUR: _____

BANKI: _____ HB: _____ REIKNISNR: _____

EF REIKNISEIGANDI ER ANNAR EN UMSÆKJANDI: _____ KT: _____

SÓTT ER UM STYRK VEGNA:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Krabbeimsleit | <input type="checkbox"/> Heilsuefling | <input type="checkbox"/> Sjúkraþjálfun |
| <input type="checkbox"/> Ristil/magaspeglun | <input type="checkbox"/> Hjartavernd | <input type="checkbox"/> Heyrnatæki |
| <input type="checkbox"/> Gleraugnak | <input type="checkbox"/> Ferðakostnaður | <input type="checkbox"/> Áfengismeðferð |
| <input type="checkbox"/> Laiseraðgerð | <input type="checkbox"/> Sálfræðimeðferð | |
| <input type="checkbox"/> Heilsudvöl NFLÍ | <input type="checkbox"/> Tækniþróun | <input type="checkbox"/> Dánarbætur |

Rangar upplýsingar gefnar af umsækjanda geta valdið missi réttar hjá Sjúkrasjóði Víf.Suðurlands

Öllum umsóknum þarf að fylgja lögleg greiðslukvittun þar sem fram kemur nafn viðtakanda, kt og vsknr. Nafn umsækjanda þarf að koma fram á greiðslukvittun. Umsóknum um sjúkraþjálfun þarf að fylgja vottorð/tilvisun frá lækni.

Umsækjandi veitir með undirskrift sinni Sjúkrasjóði Víf.S heimild til að afla frekari gagna er varða umsóknina, s.s. upplýsingar um staðgr.skatta, upplýsingar um greiðslur frá TR og/eða öðrum stofnunum/lífeyrissjóðum smbr.lög um meðferð persónuupplýsinga.

Fylgigögn með umsókn

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Greiðslukvittun | <input type="checkbox"/> Læknisvottorð |
| <input type="checkbox"/> Dánarvottorð | <input type="checkbox"/> Annað |

_____ Dags

_____ Undirskrift umsækjanda

Fyllist út af Verkalýðsfélagi Suðurlands

Samþykkt Synjað

Gr.af T.R _____

_____ Dags

_____ F.h. Sjúkrasjóðs Víf.S