

Sjúkrasjóður VSK og nágrennis

Umsóknnum ber að skila á skrifstofu VSK eigi síðar en 23. hvers mánaðar.



VERKALÝBS- OG SJÓMANNAFÉLAG
KEFLAVÍKUR OG NÁGRENNIS

Umsókn um dánarbætur

Nafn umsækjanda: _____

Kennitala: _____

Sími: _____ Vinnusími: _____ GSM: _____

Heimilisfang: _____ Póstnúmer: _____

Nafn hins látna: _____

Kennitala hins látna: _____

Síðasti vinnustaður: _____

Rétthafar bóta eru maki sjóðfélaga og börn hans undir 18 ára aldri.

Númer banka: _____ Höfuðbók: _____ Reikningur nr.: _____

Eftirfarandi gögn fylgja umsókninni:

Vottorð frá sýslumanni

Umboð frá öðrum lögerfingjum

Annað: _____

Dags: _____

Undirskrift umsækjanda

Afgreiðsla sjúkrasjóðs

Félagsaðild: _____

Úrskurður um bætur: _____

Dags: _____

Umboðsmaður sjóðsstjórnar