

# 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