



Verkalýðsfélag Vestfirðinga

Kt. 650102-3470 – Pólgötu 2, 400 Ísafirði
Sími 456 3190 – Bréfsími 456 3113

Sjúkrasjóður

Umsókn um dánarbætur

Nafn umsækjanda: _____

Kennitala: _____

Sími: _____ GSM: _____ Vinnusími: _____

Heimilisfang: _____ Póstnúmer: _____

Nafn hins látna: _____

Kennitala hins látna: _____

Síðasti vinnustaður: _____

Útfararstyrkur greiðist umbjóðanda lögerfingja hins látna og er lagður inná reikning hans. Styrkurinn er framtalsskyldur, en skattfrjáls ef útfararkostnaður er færður á móti á skattskýrslu.

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

Eftirfarandi gögn fylgja umókninni:

- Vottorð frá sýslumanni
 Umboð frá öðrum lögerfingjum
 Annað, hvað _____

Dags: _____

Undirskrift umsækjanda

Afgreiðsla sjúkrasjóðs:

Félagsaðild: _____

Stig í lífeyrissjóði: _____

Úrskurður um bætur: _____

Dags: _____

Umboðsmaður sjóðsstjórnar