



Wniosek o zwrot kosztów

Fundusz chorobowy AFL-u
Búðareyri 1,
730 Reyðarfirði
sjukrasjodur@asa.is

Imie i nazwisko		Pesel (islandzki)	
Adres		Kod pocztowy	Miejscowosc
Numer telefonu		Tel. komórkowy	
		Adres e-mail	
Miejsce pracy		Tel.	

Ubiega sie o zapomoge z tytulu:	Numer banku	Numer HB	Numer konta
<input type="checkbox"/> Cwiczen zdrowotnych			
<input type="checkbox"/> Zakupu aparatu sluchowego			
<input type="checkbox"/> Fizjoterapii			
<input type="checkbox"/> Zapobieganiu chorobom serca/raka			
<input type="checkbox"/> Kosztów podróży			
<input type="checkbox"/> Zakupu okularów/zabiegu laserowego na oczy			
<input type="checkbox"/> Zakupu okularów dla dziecka			
<input type="checkbox"/> Fizjoterapii dziecka			
<input type="checkbox"/> Zabiegu In vitro			
<input type="checkbox"/> Inne			

Jezeli osoba ubiega sie o zapomoge z tytulu kupna okularów lub fizjoterapii dziecka, nalezy przedstawic imie dziecka oraz jego islandzki pesel

Czy wnioskodawca byl czlonkiem/dostal zapomoge lub diete z innych funduszy chorobowych podlegajacych Alþýðusamband Íslands w ostatnich 12 miesiacach? Nie Tak Jaka zapomoge:

W przypadku kiedy wnioskodawca nie poda poprawnych informacji osoba ta utraci prawo do swiadczen chorobowych z Funduszu Chorobowego AFL

Do wszystkich podan powinno sie dolaczyc potwierdzony rachunek, na którym jest imie i nazwisko placacego, jego islandzki pesel i ew. numer vat. Imie wnioskodawcy/dziecka powinien byc na rachunku. Do podania z tytulu fizjoterapii powinno sie dolaczyc zaswiadczenie lekarskie/informacje od lekarza. Do podania z tytulu kosztów podróży powinno sie dolaczyc odrzucone podanie z Ubezpieczalni Spolecznej (TR). Wnioskodawca niniejszym podpisem udziela Funduszowi AFL pozwolenia do zebrania dokladniejszych informacji, które potrzebne beda do rozpatrzenia podania, czyli informacji o placonym podatku, potwierdzenia o wyplaconych swiadczeniach z Ubezpieczalni Spolecznej i/lub innych instytucji/funduszy emerytalnych, wg. prawa o uzywaniu informacji osobistych. Wnioskodawca wydaje zgode na zatwierdzenie zaswiadczenia lekarskiego i innych dokumentów przez lekarza Funduszu Chorobowego.

Data	Podpis wnioskodawcy
------	---------------------

Wypelnione przez upowaznionego pracownika Funduszu Chorobowego

Uwagi	Wyslano do komisji dnia
	Rozpatrzone dnia
	Decyzja
	Swiadczenia z Funduszu Chorobowego
Data	Podpis upowaznionego pracownika