



# Sjúkrasjóður

Nafn ..... Kt. ....

Heimili .....

Póstnr. ....

Vinnusími ..... Heimasími ..... GSM .....

Tölvupóstfang .....

Bankanúmer ..... Hb ..... Reikningsnúmer .....

## Félag iðn- og tæknigreina

Stórhöfða 31  
110 Reykjavík  
Sími 535 6000  
sjukra@fit.is

### Sótt um greiðslu vegna

Sjúkraþjálfun	Veikindi	Líkamsrækt	Annað
.....	.....	.....	.....

### Meðfylgjandi gögn

Reikn. frá sjúkraþjálfara	Læknisvottorð	Vottorð frá launagreiðanda
Skattkort	Launaseðlar s.l. 6 mán	

Áætluð lengd veikinda .....

Athugasemdir .....

Hjá sjúkrasjóðnum starfa ráðgjafar á vegum VIRK-Starfsendurhæfingarsjóðs sem veita einstaklingum sem búa við skerta starfsgetu vegna heilsubreysts þjónustu í formi atvinnutengdrar starfsendurhæfingar. Ég óska eftir og heimila að sjúkrasjóðurinn veiti sérfræðingum og ráðgjöfum VIRK-Starfsendurhæfingarsjóðs ses. aðgang til að skoða umsókn mína og fylgiskjöl hennar. Jafnframt veiti ég samþykki mitt fyrir því að ráðgjafi VIRK hafi samband við mig til að kynna þjónustu VIRK og ýmsar upplýsingar á vefsíðum VIRK.

Samþykki	Samþykki ekki
.....	.....

Staður og dagsetning ..... Undirskrift .....

### Úrskurður sjóðsstjórnar

Afgreiðsludagur	Samtals kr.	Hlutur FIT	Afgreitt af
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>