**RÖNNSKÄRS KOLLEKTIVANSTÄLLDAS**

 **SJUKVÅRDSFOND 2025**

 **ANSÖKNINGS BLANKETT**

Inlämningsdatum…………………

Namn……………………………………………...

Pers.nr……………………………………………..

Anst.nr………………………………….................

Namn (familjemedlem/Ny adress)………………..

………………………………………….................

Lämnat in Kvitton p.g.a. Olycksfall i arbetet………

OBS!! (Dataskyddsförordningen) Lagra information. Om du ej samtycker om att information lagras Kryssa här………….

Vid ett nej, ej utbetalning. Personuppgifter lagras så länge fonden betalar ut

medel.

Sjukvård…………………………. Summorna räknas av Fonden

Läkemedel……………………….

Tandvård…………………………

Tandvård/Anhörig……………….

Glasögon…………………………

Linser…………………………….

Övrigt……………………………

Vad skall bifogas: ORGINALKVITTO GÄLLER

SJUKVÅRD 7000kr/år= Begär ut stora A4 kvitto, vid besöket (Kvittokopia gäller ej, begär Faktura) (gäller familj, boende på samma adress, barn ersätts tills den fyllt 21 år)

LÄKEMEDEL 7000kr/år = Receptspecifikationskvittot (med namn o pers.nr) (gäller familj boende på samma adress, barn ersätts tills den fyllt 21år)

TANDVÅRD = Lämna in Kvitto + Specifikation (medlem) Behandling över 10,000 lämnas Kostnadsberäkning in, så styrelsebeslut kan tas innan påbörjad behandling.

Tandvård Anhörig = 2000KR/år Kvitto + Recept (boende på samma adress maka/make/sambo)

GLASÖGON = 6000kr/3år Lämna in Kvitto + Recept (medlem)

LINSER = 1000kr/år Lämna in Kvitto + Recept (medlem)

LÄMNA IN ANSÖKAN PÅ IF METALL EXPEDITIONEN P. 29

 DRAS 35 % Skatt, frågor ring 3526