

Endurgreiðsla sjúkrakostnaðar vegna slysatrygginga

 **Sjúkratryggingar Íslands**
Vínlandsleið 16
113 Reykjavík
Sími 515-0000
www.sjukra.is

1. Nafn		2. Kennitala
3. Slysdagur	4. Leggist inn á reikning: Banki hb reiknnr.	
5. Eigandi reiknings		6. Kennitala

Hér með óska ég þess að slysatryggingar SÍ endurgreiði mér sjúkrakostnað samkvæmt meðfylgjandi reikningum.

Vinsamlegast athugið:

- **Greitt er eftir frumritum reikninga.** Ef frumrit eru glötuð er að jafnaði heimilt að greiða eftir afriti reiknings ef staðfesting á greiðslu fylgir.
- **Ekki er réttur til endurgreiðslu reikninga sem hafa verið eða verða endurgreiddir hjá tryggingafélagi, stéttarfélagi eða öðrum aðilum.** Vakin er athygli á því að fari greiðsla samkvæmt afriti reiknings fram á grundvelli rangra eða villandi upplýsinga má búast við því að greiðsla verði endurkrafín, að viðbættum dráttarvöxtum, sbr. 2. mgr. 25. gr. laga um slysatryggingar almannatrygginga nr. 45/2015.
- Ef um lyf er að ræða skal einungis skrá heiti lyfja sem tengjast slysinu. Kennitala og nafn slasaða þurfa að koma fram á greiðslukvittun.

Tegund kostnaðar

Upphæð

Ég undirrituð/aður lýsi því hér með yfir að meðfylgjandi reikningar eru vegna ofangreinds slyss, sem er bótaskyldt hjá SÍ.

8. Staður og dagsetning	Undirskrift
-------------------------	-------------

Sjálfvirk útfylling: