

**Umsókn um endurgreiðslu
innlends sjúkrakostnaðar/**

**Application for reimbursement of
domestic medical cost**



Sjúkratryggingar Íslands

Vinlandsleið 16

113 Reykjavík

Sími 515-0000

international@sjukra.is

www.sjukra.is

1. Nafn sjúklings/Patient's name		2. Kennitala/ID number
3. Lögheimili/Residence in Iceland	4. Póstnúmer/Postal code	5. Sveitarfélag/Place
6. Sími/Phone	7. Netfang/Email (Prentstafir/Uppercase letters)	

***Leggja þarf fram reikninga ásamt greiðslukvittunum**

***Medical bills and receipt of payment must be submitted with the application.**

Ef þjónustubegi er barn yngra en 18 ára fær forráðamaður endurgreiðsluna.

If the patient is a child under 18 years old, then the child's guardian will receive the reimbursement.

8. Nafn/Name	9. Kennitala /ID number
10. Lögheimili, póstnúmer og sveitarfélag/Residence, Postal code, Place	
11. Bankaupplýsingar/Bank information	
Banki	hb. reikningsnúmer/Account number

Með undirskrift sinni veitir umsækjandi Sjúkratryggingum Íslands heimild til að afla nauðsynlegra upplýsinga frá Þjóðskrá, tryggingarfélögum og skattayfirvöldum/

By his signature, the applicant gives the Icelandic Health insurance authority to obtain the necessary information from the National Registry, insurance companies and tax authorities.

12. Staður og dagsetning/Place and date	13. Undirskrift/Signature
---	---------------------------

Umsækjandi ber ábyrgð á að upplýsingar séu sannar og réttar, sbr. 4. mgr. 34. gr. laga nr. 112/2008. Ófullnægjandi eða röng upplýsingagjöf getur haft í för með sér endurkröfurétt af hálfu Sjúkratrygginga Íslands sem og greiðslu dráttavaxta, sbr. 34. og 37. gr. laga nr. 112/2008.

The applicant is responsible for ensuring that the information is true and correct, cf. Paragraph 4 Article 34 Act no. 112/2008. Inadequate or incorrect disclosure can result in a reimbursement claim by the Icelandic Health Insurance as well as the payment of penalty interest, cf. Articles 34 and 37. Act no. 112/2008.