

Sjúkrasjóður Eflingar-stéttarfélags – Umsókn um dánarbætur

Efling-Trade Union Sickness Benefits Fund – Application for Death Benefits

Fundusz Chorobowy - Efling – Wniosek o świadczenie na wypadek śmierci



Nafn hins látna / Name of the deceased / Imię i nazwisko osoby zmarłej _____

Kennitala hins látna / Personal ID number of the deceased / Kennitala osoby zmarłej _____

Síðasti vinnustaður / Last place of work / Ostatnie miejsce zatrudnienia osoby zmarłej _____

Nafn umsækjanda / Applicant's name / Imię i nazwisko wnioskodawcy _____

Kennitala / ID nr: _____ E-mail: _____ Sími / Tel: _____

Heimilisfang / Address: _____ Póstnr. / Zip code / Kod pocztowy: _____

Íslenska

Dánarbætur greiðast dánarbúi og eru lagðar inn á reikning hins látna. Ef leggja á inn á reikning erfingja þarf umboð frá öðrum erfingjum. Dánarbætur eru framtalsskyldar en skattfrjálstar.

English

Death benefits are paid to an estate and are submitted to the deceased person's account. If the deposit should be made to an inheritor's account, an authorization is required from other inheritors. Death benefits are not taxable but need to be stated in the tax report.

Polska

Świadczenie wypłacane jest do majątku osoby zmarłej i przelewane na konto osoby zmarłej. Jeśli świadczenie powinno zostać wypłacone na rachunek spadkobiorcy, należy dostarczyć zgodę wszystkich spadkobiorców. Świadczenie nie podlega podatkowi, jednak należy je zadeklarować w zeznaniu podatkowym.

Banki - Hb - Reikningur / Bank - Ledger - Account / Numer konta bankowego: _____

Kennitala. / ID number: _____

Eftirfarandi gögn fylgja umsókninni / The following documents accompany the application / Do wniosku dołączone są następujące dokumenty:

Vottorð frá sýslumanni / Yfirlit um framvindu skipta / A certificate from the District Commissioner / A progress overview of the estate distribution / Przegląd postępów w dystrybucji majątku od komisarza rejonowego.

Umboð frá öðrum lögerfingjum (ef leggja á inn á bankareikning erfingja) / An authorization from other inheritors (if the deposit should be made to an inheritor's account) / Zgoda pozostałych spadkobiorców (jeśli zleca się wypłatę na konto jednego ze spadkobiorców).

Annað / Other documents / Inne: _____

Íslenska

Með því að fylla út umsókn þessa samþykkir umsækjandi vinnslu persónuupplýsinga um hinn látna af hálfu stéttarfélagsins, þ.e. yfirferð umsóknarinnar og fylgigagna, uppfléttingu í félagaskrá stéttarfélagsins, skráningu umsóknarinnar, niðurstöðu hennar og upphæð greiðslunnar. Eftir atvikum samþykkir umsækjandi umfjöllun um umsóknina í sjúkrasjóði og/eða yfirferð með lögmanni stéttarfélagsins. Umsækjandi samþykkir jafnframt að starfsmaður sjúkrasjóðs afli eftir atvikum frekari gagna sem styðja umsóknina svo sem upplýsinga frá atvinnurekanda, lífeyrissjóði eða úr þjóðskrá.

English

By filling out this form, the applicant authorises the union to process the deceased person's personal data, i.e. review of the application and the supporting documents, reference to the union membership register, registration of the application, its outcome and the paid amount. If applicable, the applicant authorises the fund to review the application and/or a review by a lawyer from the union. The applicant also authorises an employee of the fund to gather, if applicable, further documents in support of the application, such as information from an employer, a pension fund or the national register.

Polska

Wypełniając ten formularz, wnioskodawca upoważnia związku do przetwarzania danych osobowych osoby zmarłej, tj. przeglądu wniosku i dokumentów uzupełniających, odniesienia do rejestru członkostwa w związku, rejestracji wniosku, jego wyniku i wypłaconej kwoty. W stosownych przypadkach wnioskodawca upoważnia fundusz do rewizji wniosku i/lub rewizji wniosku przez prawnika związkowego. Wnioskodawca upoważnia również pracownika funduszu do gromadzenia, w stosownych przypadkach, dalszych dokumentów na poparcie wniosku, takich jak informacje od pracodawcy, z funduszu emerytalnego lub rejestru krajowego.

Dags. / Date / Data _____

Undirskrift umsækjanda / Applicant's signature / Podpis wnioskodawcy _____

Umsóknin og viðeigandi gögn má senda á sjukrasjodur@efling.is. / The application and the supporting documents can be sent to sjukrasjodur@efling.is / Wniosek i załączniki można przesłać na sjukrasjodur@efling.is

Afgreiðsla sjúkrasjóðs

Úrskurður um bætur: _____

Dags. _____

Undirskrift starfsmanns _____