

# Ansökan om bidrag ur understödsfond i samband med svår/allvarlig sjukdom

Medlemmens namn .....

Personnummer .....

Telefon ..... E-mail.....

Ansökan avser      Medlem     Medförsäkrad     Barn

Sjukdom/diagnos .....

aktuellt utlåtande/läkarintyg medsändes

Ange nedan vilka kostnader Ni haft i samband med sjukdomen.  
Om möjligt medsänd kvitton.

Typ av kostnader/belopp

Läkemedel/läkarvård .....

(utöver det som ingår i högkostnadsskydden)

Resor med egen bil .....mil x .....tillfällen per år

Parkeringsavgifter .....

Kollektivtrafik .....

Hjälpmedel (t.ex. peruk, datorprogram m.m.).....

Övriga kostnader som inte täcks av annat försäkringsbolag eller socialförsäkringssystemen .....

.....

.....

.....

.....

Styrelsens beslut .....