

Umsókn um Sjúkradagpeninga

Vegna (merkið við) Veikinda slyss veikinda maka/barna

Nafn umsækjanda: _____ kt: _____

Heimilsfang: _____ Póstnúmer: _____

Netfang: _____ Heimasími /Gsm: _____

Hvenær varð umsækjandi launalaus vegna veikinda? _____

Hvenær varð/verður umsækjandi vinnufær á ný? _____

Aðrar greiðslur, t.d. frá

Tryggingastofnun Lífeyrissjóði Tryggingafélagi

Upphæð og tegund greiðslna? _____

Númer banka: _____ Höfuðbók: _____ Reikningur: _____

Umsækjanda ber að sanna rétt sinn til styrks með viðeigandi gögnum.

Eftirfarandi gögn fylgja umsókninni:

Læknisvottorð Starfsvottorð Skattkort Önnur gögn: _____

Umsækjandi veitir umboðsmanni sjúkrasjóðs hér með umboð til að afla fleirri gagna sem réttlæta umsóknina s.s. upplýsingar um staðgreiðslu skatta, greiðslur frá TR, lífeyrissjóði eða öðrum stofnunum, sbr. lög um persónuupplýsingar

Dagsetning

Undirskrift umsækjanda

Afgreiðsla sjúkrasjóðs:

Reiknað starfshlutfall sl.6 mánuði: _____

Úrskurður um bætur: _____

Nýtt læknisvottorð frá: _____

Dags: _____