

Umsókn um sjúkradagpeninga

Nafn umsækjanda: _____ kt: _____

Netfang: _____ Sími : _____

Sótt er um :

- sjúkradagpeninga
 dagpeninga vegna veikinda maka/barna

Hvenær varð umsækjandi launalaus vegna veikinda? _____

Hvenær varð/verður umsækjandi vinnufær á ný? _____

Fylgigögn með umsókn

- Læknisvottorð
 Vottorð vinnuveitanda
 Skattkort

Á að nýta persónuafslátt ?

- Já
 Nei

Bankareikningur _____ - _____ - _____

Annað:

Dagsetning

Undirskrift umsækjanda