

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
 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

Á að nýta persónuafslátt ?

- Já
 Nei

Bankareikningur _____ - _____ - _____

Annað:

Dagsetning

Undirskrift umsækjanda

Með undirskrift minni lýsi ég því yfir að eftir bestu vitund eru ofangreindar upplýsingar réttar. Ef ofanlýst atriði breytast, eftir að umsókn þessi hefur verið undirrituð, þá muni það verða tilkynnt sjóðnum sem þá áskilur sér rétt til að endurmeta umsóknina í því ljósi. **Með undirskrift minni staðfestist að ég hef kynnt mér reglur sjúkrasjóðs, m.a. reglur um endurkröfuhemildir sjóðsins fái ég ofgreitt úr sjóðnum.** Jafnframt heimila ég starfsmönnum Verkalýðsfélags Snæfellinga að vinna persónuupplýsingar mínar í þágu félagsins og leita staðfestingar á gefnum upplýsingum og öðru því er varðar umsókn þessa.