



# Verkalýðsfélag Vestfirðinga

Kt. 650102-3470 – Pólgötu 2, 400 Ísafirði  
Sími 456 3190 – Bréfsími 456 3113

## Umsókn um sjúkradagpeninga

Vegna (merkið við):  Veikinda  Slyss  Veikinda maka/barna

Nafn umsækjanda: \_\_\_\_\_ Kt. \_\_\_\_\_

Heimilisfang: \_\_\_\_\_ Póstnúmer: \_\_\_\_\_

Heimasími: \_\_\_\_\_ GSM: \_\_\_\_\_

Vinnustaðir s.l. 12 mánuði áður en veikindi/slys bar að höndum? \_\_\_\_\_

Hvenær varð umsækjandi launalaus vegna veikinda? \_\_\_\_\_

Hvenær varð/verður umsækjandi vinnufær á ný? \_\_\_\_\_

### Aðrar greiðslur, t.d. frá (merkið við):

Tryggingastofnun  Lífeyrissjóði  Tryggingafélagi

Upphæð og tegund greiðslna? \_\_\_\_\_

Hefur umsækjandi áður fengið styrk úr sjóðnum eða öðrum sjúkrasjóði?  Nei  Já, hvenær? \_\_\_\_\_

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 sjúkrasjóds hér með umboð til að afla fleiri gagna sem réttlæta umsóknina, s.s. upplýsingar um staðgreiðslu skatta, greiðslur frá TR, lífeyrissjóði eða öðrum stofnunum, sbr. lög um meðferð persónuupplýsinga.*

Dags: \_\_\_\_\_

Undirskrift umsækjanda

### Afgreiðsla sjúkrasjóds:

Reiknað starfshlutfall sl. 6 mánuði: \_\_\_\_\_

Úrskurður um bætur: \_\_\_\_\_

Nýtt læknisvottorð frá: \_\_\_\_\_

Dags: \_\_\_\_\_

Umboðsmaður sjóðsstjórnar