



Verkalýðsfélag Vestfirðinga

Kt. 650102-3470
Hafnarstræti 9, 400 Ísafirði
Sími 456 5190
www.verkvest.is
sjukrasjodur@verkvest.is

Umsókn um sjúkradagpeninga

vegna

- Veikinda Slyss Veikinda barna Veikinda maka Veikinda á meðgöngu
 Áfengis-, spila- eða fíkniefnameðferðar

Nafn umsækjanda: _____

Kennitala: _____ - _____ Netfang _____ @ _____

Heimilisfang _____ Póstnúmer _____ Staður _____

Farsími _____ Banki _____ Hb _____ Reikningsnúmer _____

Nýta skattkort? Já Nei Nýtt til dags.: _____ Ónýtt kr.: _____

Vinnustaðir síðustu 12 mánuði fyrir veikindi / slys: _____

Hvenær varð umsækjandi launalaus vegna veikinda? _____

Hvenær verður umsækjandi vinnufær á ný? _____

Er um bótaskyld slys að ræða? Já Nei

Athugið að ekki eru veittir sjúkradagpeningar sé um bótaskyld slys eða atvinnusjúkdóm að ræða

Er umsækjandi barnshafandi? Já Nei

Ef já, hvenær er áætluð fæðing? _____

Fær umsækjandi aðrar greiðslur vegna veikindanna? (Merkið við) TR Lífeyrissjóður Tryggingafélag

Sjúkratryggingar Íslands Sjúkrasjóður stéttarfélags

Ef svo er, hver er upphæð og tegund greiðslna? _____

Eftirfarandi gögn þurfa að fylgja umsókninni:

1. Læknisvottorð
2. Starfsvottorð frá síðasta vinnuveitanda (Er að finna á síðu Verk Vest undir eyðblöð)
3. RSK yfirlit um ráðstöfum persónuafsláttar (Er að finna á þjónustuvef rsk.is)

Rangar upplýsingar geta valdið missi bótaréttar vegna þessa máls hjá Sjúkrasjóði Verk Vest.

Með því að fylla út umsókn þessa samþykkir umsækjandi vinnslu persónuupplýsinga um sig af hálfu stéttarfélagsins, þ.e. yfirferð umsóknarinnar og fylgigagna, uppflettingu í félagaskrá stéttarfélagsins, skráningu umsóknarinnar, niðurstöðu hennar og upphæð greiðslunnar. Eftir atvikum samþykkir umsækjandi einnig umfjöllun um umsóknina í sjúkrasjóði, yfirferð með ráðgjafa VIRK Starfsendurhæfingarsjóðs, trúnaðarlækni sjúkrasjóðs og/eða lögmanni stéttarfélagsins. Umsækjandi samþykkir jafnframt að starfsmaður sjúkrasjóðs afli eftir atvikum frekari gagna sem styðja umsóknina svo sem upplýsinga frá atvinnurekanda, lífeyrissjóði eða úr þjóðskrá.

Dagsetning _____

Undirskrift umsækjanda _____

Skrifstofa Verkalýðsfélags Vestfirðinga á Ísafirði er opin mán-fim klukkan 08:00 – 16:00
og föstudaga kl. 08:00 - 15:00
Skrifstofa Verkalýðsfélags Vestfirðinga á Patreksfirði er opin mán-fim klukkan 10:00 – 16:00
og föstudaga kl. 10:00 – 15:00