

Sjúkradagpeningar

Umsóknum ber að skila á skrifstofu Samstöðu.



Umsókn um sjúkradagpeninga (merkið við):

Veikinda **Slyss** **Veikinda maka** **Veikinda barna**

Nafn umsækjanda:

Kennitala:

Heimsími:

GSM:

Heimilisfang:

Póstnúmer:

Vinnustaður:

Netfang:

Vinnustaður s.l. 12 mánuði áður en veikindi/slys bar að höndum?

Til hvaða dags fékk umsækjandi greitt frá vinnuveitenda?

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 nr.:

Umsækjanda ber að sanna rétt sinn til styrks með framlagningu gagna:

Eftirfarandi gögn fylgja umsókninni:

Læknisvottorð

Nýting persónuafsláttar

Launaseðlar sl. 6 mán.

Staðfesting launagreiðanda

Önnur gögn:

Umsækjandi veitir hér með starfsmanni Sjúkrasjóðs rétt til að afla fleiri gagna sem styðja við umsóknina svo sem upplýsingar um staðgreiðslu skatta, greiðslur frá Tryggingastofnun og/eða lífeyrissjóði sbr. lög um meðferð persónuupplýsinga. Þá samþykkir umsækjandi að starfsendurhæfingarráðgjafi sjóðsins og læknir á vegum hans hafi aðgang að öllum framangreindum gögnum, enda hafa þeir heimild samkvæmt 14.4. gr. reglugerðar sjóðsins, að kalla umsækjanda til viðtals telji þeir þess þörf.

Dags:

Undirskrift umsækjanda

Útfyllist af starfsmanni

Reiknuð laun: _____ Aðrar gr. _____ Meðallaun: _____ 80% _____

Nýtt læknisvottorð frá: _____

Úrskurður um bætur: _____

Dags. _____

Umboðsmaður sjóðsstjórnar