



Sjúkrasjóður Verkalýðs og sjómannafélags Sandgerðis

Miðnestorgi 3, 245 Sandgerði – Sími 423-7725

Heimasíða: www.vsfs.is Netfang: vsfs@vsfs.is

Umsókn um sjúkradagpeninga (merkið við):

Veikindi Slys Veikinda barna/maka

Nafn umsækjanda: _____

Kennitala: _____ Sími: _____

Heimilisfang: _____ Póstnúmer: _____

Vinnustaður: _____ Netfang: _____

-Hvenær varð umsækjandi launalaus vegna veikinda? _____

-Hver var síðasti vinnustaður fyrir veikindi? _____

-Hvenær verður umsækjandi vinnufær á ný? _____

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

Tryggingastofnun Lífeyrissjóði Tryggingafélagi

Upphæð og tegund greiðslna? _____

-Hefur umsækjandi sótt um bætur úr öðrum sjóði/ sjóðum? Nei Já ,hvenær? _____

Númer banka: _____ Höfuðbók: _____ Reikningur: _____

Umsækanda ber að sanna rétt sinn til styrks með viðeigandi gögnum.

Eftirfarandi gögn fylgja umsókninni:

Læknisvottorð Starfsvottorð Launaseðlar Önnur gögn: _____

Umsækjandi veitir umboðsmanni sjúkrasjóðs 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.

Sandgerði ____/____ 20__ _____

Undirskrift umsækjanda

Afgreiðsla stjórnar Sjúkrasjóðs Verkalýðs og sjómannafélags Sandgerðis:

Reiknuð meðallaun sl. 6 mánuði (12 mánuði): _____

Úrskurður um bætur: _____

Sandgerði ____/____ 20__

F.h. Sjúkrasjóðs Verkalýðs og sjómannafélags Sandgerðis