

UMSÓKN UM SJÚKRADAGPENINGA



_____ NAFN		_____ KENNITALA	
_____ HEIMILI	_____ PÓSTNÚMÉR	_____ STAÐUR	
_____ HEIMASÍMI	_____ FARSÍMI	_____ NETFANG	
_____ VINNUSÍMI	_____ BANKI	_____ HB	_____ REIKN.NR

SÓTT ER UM DAGPENINGA ÚR SJÚKRASJÓÐI VEGNA

Veikinda, slysa eða atvinnusjúkdóma
Yfirvinnu
Langvarandi veikinda maka eða barna

Gögn með umsókn

Launaseðlar Sjúkradagpeninga vottorð Vottorð launagreiðanda Skattkort

Umsækjanda er skylt að greina frá launatekjum, greiðslum tryggingarfélags og Tryggingastofnunar. Rangar upplýsingar geta valdið missi bótaréttar hjá sjúkrasjóði.

Umsækjandi veitir með undirskrift sinni sjúkrasjóði heimild til að afla frekari gagna er varða umsóknina, s.s. Upplýsingar um staðgreiðslu skatta, upplýsingar um greiðslur frá TR og/eða öðrum stofnunum/lífeyrissjóðum, sbr lög um meðferð persónuupplýsinga. Ennfremur veitir umsækjandi trúnaðarlækni sjúkrasjóðsins heimild til að yfirfara læknisvottorð og önnur gögn er tengjast umsókninni

_____ DAGSETNING	_____ UNDIRSKRIFT UMSÆKJANDA
---------------------	---------------------------------

FYLLIST ÚT AF UMBOÐSMANNI SJÚKRASJÓÐS

_____ DAGSETNING	_____ SENT SJÓRN DAGS	_____ DAGSETNING AFGREIÐSLU
_____ HEILDARLAUN 12 MÁNAÐA	_____ MEDALLAUN	_____ GREITT ÚR SJÚRKASJÓÐI
_____ SAMÞYKKT AF STJÓRN SJÚRKASJÓÐS (3 AÐILAR)		