



Sjúkrasjóður Verkalýðsfélags Akraness

Umsókn um sjúkradagpeninga

Upplýsingar um umsækjanda:

_____		Kennitala _____	
Nafn _____		Heimilisfang _____	
Pnr.	Staður _____	Símanúmer _____	
Banki	Höfuðbók	Reikningur	Netfang _____

-Hefur umsækjandi börn á framfæri? Já _____ Nei _____ ef já, hvað mörg _____

-Hvenær varð umsækjandi óvinnufær? _____

-Hver var síðasti vinnustaður fyrir veikindi? _____

-Hvaða greiðslur og hve lengi fékk umsækjandi frá atvinnurekanda? _____

-Starfshlutfall umsækjanda: _____%

-Fær umsækjandi greiddar bætur frá einhverjum öðrum aðila? Já _____ Nei _____ Ef já, frá hverjum? _____

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

Með undirskrift minni lýsi ég undirritaður/ rituð því yfir að eftir bestu vitund eru ofangreindar upplýsingar réttar. Jafnframt heimila ég starfsmönnum Verkalýðsfélags Akraness að leita staðfestingar á gefnum upplýsingum og öðru því er varðar umsókn þessa. Jafnframt lýsir undirritaður/ rituð því yfir að ef ofanlýst atriði breytast, eftir að umsókn þessi hefur verið undirrituð, þá muni það verða tilkynnt sjóðnum sem þá áskilur sér rétt til að endurmeta umsóknina í því ljósi.

Akranesi ____/____ 2019 _____

Undirskrift umsækjanda

Afgreiðsla umsóknar, útfyllist af Verkalýðsfélagi Akraness:	Greiðsla hefst: _____
Annað: _____	_____
Akranesi ____/____ 2019	Undirskrift starfsmanns