

# Sjúkrasjóður VSFK og nágreennis

Umsóknum ber að skila á skrifstofu VSFK eigi síðar en 23. hvers mánaðar.



VERKALÝBS- OG SJÓMANNAFÉLAG  
KEFLAVÍKUR OG NÁGRENNIS

## Umsókn um sjúkradagpeninga (merkið við):

Veikinda  Slyss  Veikinda barna/maka

Nafn umsækjanda: \_\_\_\_\_

Kennitala: \_\_\_\_\_ Heimsími: \_\_\_\_\_

Heimilisfang: \_\_\_\_\_ Póstnúmer: \_\_\_\_\_

Vinnustaður: \_\_\_\_\_ GSM: \_\_\_\_\_

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  Skattkort  Launaseðlar sl. 6 mán.

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

## Afgreiðsla sjúkrasjóðs

Reiknuð laun sl. 6 mánuði: \_\_\_\_\_

Úrskurður um bækur: \_\_\_\_\_

Nýtt læknisvottorð frá: \_\_\_\_\_

Dags. \_\_\_\_\_

Umboðsmaður sjóðsstjórnar