



# Sjúkrasjóður

## Umsókn um dagpeninga (setjið X í viðeigandi reit)

Veikindi

Veikindi maka/barns

Vinnuslys/Slys/Annað slys

Nafn umsækjanda: \_\_\_\_\_

Kennitala: \_\_\_\_\_ Heimasími/GSM: \_\_\_\_\_

Heimilisfang: \_\_\_\_\_ Staður/Póstnúmer: \_\_\_\_\_

Vinnustaður: \_\_\_\_\_ Netfang: \_\_\_\_\_

Hvenær varð umsækjandi launalaus? \_\_\_\_\_

Hvenær er áætlað að umsækjandi geti hafið störf á ný? \_\_\_\_\_

Var umsækjandi í öðru stéttarfélagi á s.l. 6. mánuðum? ef já í hvaða félagi. \_\_\_\_\_

### Í öllum tilfellum er greitt með rafrænum hætti inná bankareikning umsækjanda

Bankanúmer: \_\_\_\_\_ Hb: \_\_\_\_\_ Númer reiknings: \_\_\_\_\_

**Umsókn skal berast til sjóðsins eigi síðar en 25. hvers mánaðar svo greiðsla geti orðið næstu mánaðamót.**

### Gögn sem þurfa að fylgja umsókn eru:

Læknisvottorð

Ljósrit af seinasta launaseðli

Ég óska eftir því að nýta persónuafslátt minn hjá sjóðnum (Rafrænt skattkort)

Hlutfall % \_\_\_\_\_ Frá dags: \_\_\_\_\_ Ónýttur persónuafsláttur kr. \_\_\_\_\_

Starfsvottorð vinnuveitanda þar sem fram kemur hvaða dag umsækjandi varð launalaus og hve margir veikindadagar voru greiddir

Dags umsóknar: \_\_\_\_\_ Undirskrift umsækjanda: \_\_\_\_\_

Með umsókn þessari veitir umsækjandi sjúkrasjóði Hlíf rétt til að afla fleiri gagna ef þurfa þykir til að staðfesta rétt umsækjanda um greiðslur úr sjóðnum. Einnig samþykkir umsækjandi að starfsendurhæfingarráðgjafi sjóðsins hafi aðgang að öllum gögnum hans og skuldbindur sig til að koma í viðtal hjá honum telji hann þess þörf. Réttindi og skyldur um dagpeninga fer samkvæmt reglugerð sjúkrasjóðs Hlífar.

Afgreiðsla stjórnar sjúkrasjóðs dags: \_\_\_\_\_ F.h. sjúkrasjóðs: \_\_\_\_\_

Upphaf greiðslu: \_\_\_\_\_ Lok greiðslu: \_\_\_\_\_ Úrskurður um dagpeninga: \_\_\_\_\_