



Umsókn um sjúkradagpeninga

Upplýsingar um umsækjanda

Nafn	Kennitala
Heimili	Póstnr.
Netfang	Sími / GSM

Bankareikningur:

Nafn/nr. Banka	Tegund reiknings	Reikningsnúmer
----------------	------------------	----------------

Aðrar upplýsingar

Hvenær varð umsækjandi óvinnufær? _____

Hver var síðast 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 Verkalýðs- og sjómannafélags Bolungarvíkur 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.

Staður	Dagsetning	Undirskrift umsækjanda
--------	------------	------------------------

Afgreiðsla umsóknar, útfyllist af Verkalýðs- og sjómannafélagi Bolungarvíkur

Greiðsla hefst: _____
Annað: _____
Staður: _____ Dags: _____
Undirskrift starfsmanns