



IÐNSVEINAFÉLAG SKAGAFJARÐAR
PÓSTHÓLF 21, SÆMUNDARGÖTU 7a, 550 SAUÐÁRKRÓKI

www.fjolnet.is/ifs
Sími: 896 3007
Netfang: ifs@fjolnet.is

Sjúkra- og styrktarsjóður Iðnsveinafélags Skagafjarðar Umsókn um sjúkradagpeninga

Nafn _____ Kt. _____

Heimili _____

Heimasími _____ Vinnusími _____ GSM sími _____

Netfang/netföng _____

Bankanúmer / útibú _____ Höfuðbók _____ Reikningsnúmer _____

Vinnuveitandi sl. 12 mánuði _____

Fylgigögn vegna dagpeninga:

- Læknisvottorð
- Staðfesting vinnuveitanda
- Skattkort
- Launaseðlar síðustu 6 mánaða

Ástæða umsóknar:

- Vegna slyss í frítíma
- Vegna veikinda
- Vegna veikinda barns / maka

Hvenær hóf umsækjandi störf? _____ Hvenær varð umsækjandi óvinnufær? _____

Fjöldi daga greiddur af vinnuveitanda? _____ Hvenær verður umsækjandi vinnufær? _____

Athugið!

Félagsmönnum er óheimilt að hafa tekjur á sama tíma og þeir þiggja dagpeninga úr Sjúkra- og styrktarsjóði Iðnsveinafélags Skagafjarðar. Hafi félagsmaður gerst brotlegur gegn reglum Sjúkra- og styrktarsjóðs áskilur félagið sér rétt til að stöðva frekari greiðslur og krefjast endurgreiðslu.

Yfirlýsing:

Mér er kunnugt um að upplýsingar sem skráðar eru í þessa umsókn eru persónugreinanlegar upplýsingar og heyra undir lög um persónuvernd. Með undirskrift minni veiti ég félaginu rétt til þess að afla frekari gagna sem afgreiðsla umsóknarinnar getur byggt á, s.s. upplýsingum um tekjur og tekjuskatt ofl. og samþykki að trúnaðarlæknir félagsins hafi aðgang að öllum framangreindum upplýsingum og geti kallað mig til viðtals.

Dagsetning

Undirskrift umsækjanda