



Umsókn um dagpeninga úr sjúkrasjóði Vlf.S

Sjúkrasjóður Vlf.S-Suðurlandsvegi 3-850 Hellu-S:487-5000-Fax:487-5003- vs@vlfs.is

Eigin veikindi

Veikindi maka

Veikindi barns

Ný umsókn

Framhaldsumsókn

NAFN:

KENNITALA:

HEIMILI

PÓSTNR:

HEIMASÍMI:

VINNUSÍMI:

GSM:

NETFANG:

VINNUSTAÐUR:

BANKI:

HB:

REIKNISNR:

EF REIKNISEIGANDI ER ANNAR EN UMSÆKJANDI:

KT:

HVENÆR LAUK GREIÐSLUSKYLDU ATVINNUREKANDA?

DAGS:

HVENÆR VARÐ UMSÆKJANDI VINNUFÆR Á NÝ?

DAGS:

AÐRAR GREIÐSLUR SEM UMSÆKJANDI FÆR?

Er vinnufær að hluta

Lífeyrissjóður

Tryggingafélag

Tryggingastofnun Ríkisins

Umsækjanda er skylt að greina frá launatekjum, greiðslum tryggingafélaga og Tryggingastofnunar. Rangar upplýsingar gefnar af umsækjanda geta valdið missi bótaréttar hjá Sjúkrasjóði Vlf.Suðurlands.

Umsækjandi veitir með undirskrift sinni Sjúkrasjóði Vlf.S heimild til að afla frekari gagna er varða umsóknina, s.s. upplýsingar um staðgr.skatta, upplýsingar um greiðslur frá TR og/eða öðrum stofnunum/lífeyrissjóðum smbr.lög um meðferð persónuupplýsinga.

Fylgigögn með umsókn

Læknisvottorð

Vottorð frá atvinnurekanda

skattkort

Launaseðlar

önnur gögn

Dags

Undirskrift umsækjanda

Fyllist út af Verkalýðsfélagi Suðurlands

Heildarlaun sl 6 mánuði 12 mánuði

Meðallaun _____

Gr. af TR _____ - _____

80%

Dags

f.h. Sjúkrasjóðs Vlf.Suðurlands