



# Styrktar- og sjúkrasjóður Sjómannanna- og vélstjórafélags Grindavíkur

|                                                                                     |                                                                             |                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Nafn                                                                                |                                                                             | Kt.                               |
| Heimili                                                                             |                                                                             | Starf                             |
| Hjúskaparstétt                                                                      | Nafn maka/sambýlismanns                                                     |                                   |
| Hvenær hætti umsækjandi vinnu vegna veikinda?                                       |                                                                             | Hvaða læknir stundaði umsækjanda? |
| Hefur umsækjandi dvalið á sjúkrahúsi vegna þessa sjúkdóms?                          |                                                                             |                                   |
| <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Já      Hvar og hvenær? _____ |                                                                             |                                   |
| Er umsækjandi                                                                       | Nafn og heimili atvinnurekanda                                              |                                   |
| <input type="checkbox"/> a. Launþegi                                                | Hvaða námsáfangi náðist ekki?                                               |                                   |
| <input type="checkbox"/> b. Í námi                                                  |                                                                             |                                   |
| <input type="checkbox"/> c. Heimavinnandi                                           | Hve mikið starf féll niður við veikindi umsækjanda?                         |                                   |
| <input type="checkbox"/> d. Atvinnurekandi                                          | <input type="checkbox"/> a. Heilsdags <input type="checkbox"/> b. Hálfsdags |                                   |
|                                                                                     | <input type="checkbox"/> c. Annar hluti: Hver?                              |                                   |
| Á umsækjandi rétt til veikindakaups frá atvinnurekanda?                             |                                                                             |                                   |
| <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Já: Frá _____ til _____       |                                                                             |                                   |
| Nýtur umsækjandi bóta samkvæmt lögum um almannatryggingar?                          |                                                                             |                                   |
| <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Já: Hverra _____              |                                                                             |                                   |
| Greiðir umsækjandi fyrir heimilishjálpi í veikindum?                                |                                                                             |                                   |
| <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Já: Hverra _____              |                                                                             |                                   |

Aðrar upplýsingar sem umsækjandi vill láta koma fram:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

UNDIRSKRIFT UMSÆKJANDA

\_\_\_\_\_

Það vottast hér með, að framanskráður umsækjandi um sjúkradagpeninga var að störfum hjá  
undirrituðum til \_\_\_\_\_

Þann dag ☐ a. varð hann óvinnufær vegna veikinda

☐ b. lét hann af störfum hjá undirrituðum

Hann var ☐ a. í heilsdagsstarfi

☐ b. í hálfu starfi og daglegur vinnutími \_\_\_\_\_

☐ c. í öðru hlutastarfi og daglegur vinnutími \_\_\_\_\_

☐ Umsækjandi á ekki rétt á veikindakaupi.

\_\_\_\_\_  
(staður og dagsetning)

\_\_\_\_\_  
(undirskrift launagreiðanda)

### LEIÐBEININGAR FYRIR UMSÆKJENDUR:

1. Umsókn þarf að fylgja Sjúkradagpeningavottorð
2. Rangar eða ófullnægjandi upplýsingar geta valdið skerðingu eða missi bóta.