

Umsókn um sjúkradagpeninga

Application for sickness benefits / Aplikacja o zasiłek chorobowy



- Veikindi / **Illness** / **Choroba** Veikindi barna / **Child's illness** / **Choroba dziecka**
 Veikindi maka / **Spouse's illness** / **Choroba małżonka** Bílslys / **Car accident** / **Wypadek samochodowy**
 Vinnuslys / **Accident at work** / **Wypadek przy pracy** Annað slys / **Another kind of accident** / **Inny wypadek**

Nafn / Name / Imię i nazwisko: _____

Kennitala / ID: _____ E-mail: _____

Heimilisfang / Address: _____ Sími / Tel: _____

Póstnúmer / Zipcode / Kod pocztowy: _____ Vinnustaður / Workplace / Miejsce pracy: _____

Bankareikningur: / **Bank account**: / **Nr. Konta**: _____

Greiðsluseðill fer rafrænt í heimabanka. Merktu með X ef þú vilt fá greiðsluseðil í pósti. / **An electronic payment slip will be sent to your on-line bank. Check the box if you want to receive the payment slip by mail.** / **Elektroniczny dokument płatności zostanie wysłany do banku internetowego. Zaznacz X, jeśli chcesz otrzymać dokument płatności pocztą.**

Umsækjandi heimilar sjúkrasjóði að bera umsókn og læknisfræðileg gögn undir trúnaðarlækni sjóðsins. Í einhverjum tilvikum getur umsækjandi átt von á því að krafist verði ítarlegrri gagna eða að umsækjandi sé kallaður í læknisfræðilegt mat hjá trúnaðarlækni. Sjúkrasjóður getur hafnað umsókn um sjúkradagpeninga á grundvelli mats trúnaðarlæknis. / **The applicant authorizes the Sickness Benefits Fund's physician to review the application and medical documentation. In some cases the applicant may be asked to provide more detailed documentation and/or attend a medical evaluation by the fund's physician. The Sickness Benefits Fund is authorized to decline the application for sickness benefits based on the fund's physician's evaluation.** / **Wnioskodawca wyraża zgodę na to, aby lekarz funduszu chorobowego miał wgląd do jego wniosku i dokumentacji medycznej. W niektórych przypadkach wnioskodawca może zostać poproszony o dostarczenie bardziej szczegółowej dokumentacji i/lub poddanie się ewaluacji u lekarza funduszu chorobowego. Fundusz chorobowy ma prawo do odrzucenia wniosku o zasiłek chorobowy opierając się na opinii lekarza funduszu.**

Merkið við þau gögn sem skilað er með umsókninni / The following documents accompany this application / Do wniosku dołącza się następujące dokumenty

- Ljósrit af sjúkradagpeningavottorði frá lækni (*frumrit fylgir umsókn um sjúkradagpeninga til Sjúkratrygginga Íslands*). Ótímabundin sjúkradagpeningavottorð eru tekin gild í tvo mánuði frá dagsetningu nema annað sé tekið fram. / **A copy of a medical certificate for sickness benefits (the original should accompany an application for sickness benefits to Icelandic health insurance).** If medical certificates do not state an expiration date, they are valid for two months from date unless stated otherwise. / **Wnioskodawca wyraża zgodę na to, aby lekarz funduszu chorobowego miał wgląd do jego wniosku i dokumentacji medycznej. W niektórych przypadkach wnioskodawca może zostać poproszony o dostarczenie bardziej szczegółowej dokumentacji i/lub poddanie się ewaluacji u lekarza funduszu chorobowego. Fundusz chorobowy ma prawo do odrzucenia wniosku o zasiłek chorobowy opierając się na opinii lekarza funduszu.**
- Starfsvottorð frá atvinnurekanda, þar sem fram kemur hvaða dag umsækjandi varð launalaus og hve margir veikindadagar voru greiddir. / **An employment certificate signed by the employer, stating the applicant's last payroll date and how many sick days have been paid.** / **Zaświadczenie o zatrudnieniu podpisane przez pracodawcę, z zaznaczeniem ostatniego płatnego dnia pracy, a także ilości zapaconych dni chorobowych.**
- Ljósrit af síðasta launaseðli frá atvinnurekanda. / **A copy of the last pay slip from employer.** / **Kopia ostatniego dokumentu wypłaty od pracodawcy.**

Rafrænn persónuafsláttur / Electronic personal tax credit / Elektroniczna osobista ulga podatkowa

- Ég óska eftir að nýta persónuafslátt (skattkort) hjá sjóðnum. / **I want to use my personal tax credit with the fund.** / **Chcę skorzystać z mojej osobistej ulgi podatkowej w funduszu.**

Hlutfall: / **Percentage**: / **Procent**: _____ Frá dags: / **Starting from date**: / **Od daty**: _____

Ónýttur persónuafsláttur: / **Unused personal tax credit**: / **Niewykorzystana osobista ulga podatkowa**: _____

Íslenska

Með því að fylla út umsókn þessa samþykkir umsækjandi vinnslu persónuupplýsinga um sig af hálfu stéttarfélagsins, þ.e. yfirferð umsóknarinnar og fylgigagna, uppflettingu í félagaskrá stéttarfélagsins, skráningu umsóknarinnar, niðurstöðu hennar og upphæð greiðslunnar. Eftir atvikum samþykkir umsækjandi einnig umfjöllun um umsóknina í sjúkrasjóði, yfirferð með ráðgjafa VIRK Starfsendurhæfingarsjóðs, trúnaðarlækni sjúkrasjóðs og/eða lögmanni stéttarfélagsins. Umsækjandi samþykkir jafnframt að starfsmaður sjúkrasjóðs afli eftir atvikum frekari gagna sem styðja umsóknina svo sem upplýsinga frá atvinnurekanda, lífeyrissjóði eða úr þjóðskrá.

English

By filling out this form, the applicant authorizes the union to process their personal data, i.e. review of the application and the supporting documents, reference to the union membership register, registration of the application, its outcome and the paid amount. If applicable, the applicant authorises the fund to review the application. As well as a review with an advisor from VIRK-Vocational Rehabilitation Fund, a doctor from the fund and/or a lawyer from the union. The applicant also authorises an employee of the fund to gather, if applicable, further documents in support of the application, such as information from an employer, a pension fund or the national register.

Polska

Wypełniając ten formularz, wnioskodawca upoważnia związku do przetwarzania swoich danych osobowych, tj. przeglądu wniosku i dokumentów uzupełniających, odniesienia do rejestru członkostwa w związku, rejestracji wniosku, jego wyniku i wypłaconej kwoty. W stosownych przypadkach wnioskodawca upoważnia fundusz do przeglądu wniosku, jak również przeglądu dokumentów z doradcą rehabilitacji zawodowej VIRK, lekarzem z funduszu i/lub prawnikiem związkowym. Wnioskodawca upoważnia również pracownika funduszu do gromadzenia, w stosownych przypadkach, dalszych dokumentów na poparcie wniosku, takich jak informacje od pracodawcy, z funduszu emerytalnego lub rejestru krajowego.

Dags. / **Date** / **Data**

Undirskrift umsækjanda / **Applicant's signature** / **Podpis wnioskodawcy**