Umsókn um sjúkradagpeninga

Félag iðn- og tæknigreina
Stórhöfða 31
110 Reykjavík
Sími 540 0100
sjukra@fit.is

Nafn ..... Kt. .....

Heimili .....

Póstnr. .....

Vinnusími ..... Heimasími ..... GSM .....

Tölvupóstfang .....

Bankanúmer ..... Hb ..... Reikningsnúmer .....

Meðfylgjandi gögn

☐ Skattkort ☐ Læknisvottorð ☐ Vottorð frá launagreiðanda

☐ **Launaseðlar s.l. 6 mán**

Áætluð lengd veikinda .....

Athugasemdir .....

.....

.....

.....

.....

.....

....

Staður og dagsetning Undirskrift

Úrskurður sjóðsstjórnar

.....

Afgreiðsludagur	Samtals kr.	Hlutur FIT	Afgreitt af