



# Wniosek o zasilek chorobowy

Fundusz chorobowy AFL-u  
Búðareyri 7 • 730 Reyðarfirði  
sjukrasjodur@asa.is

Imie i nazwisko		Pesel (islandzki)	
Adres		Kod pocztowy	Miejscowosc
Numer telefonu	Tel. komórkowy		Adres e-mail
Miejsce pracy			Tel.

Choroba <input type="checkbox"/>	Choroba malzonka/dzieci <input type="checkbox"/>	Leczenie alkoholizmu <input type="checkbox"/>	Numer banku	Numer HB	Numer konta
----------------------------------	--	---	-------------	----------	-------------

Miejsce pracy przez ostatnie 12 miesiecy liczac od dnia choroby/wypadku:

Ostatnie wynagrodzenie wyplacono dnia:

Zaswiadczenie lekarskie z dnia:	Tymczasowe/nieograniczone czasowo - wzne do dnia:
---------------------------------	---

Inne swiadczenia ubiegajacego wyplacone z:

Fundusz emerytalny <input type="checkbox"/>	Ubezpieczalnia <input type="checkbox"/>	Ubezpieczalnia Spoleczna <input type="checkbox"/>	Wysokosc swiadczen:
---	---	---	---------------------

Czy wnioskodawca byl czlonkiem/dostal zapomoge lub diete z innych funduszy chorobowych podlegajacych Alþýðusamband Íslands w ostatnich 12 miesiacach? Nie  Tak  Z jakich funduszy chorobowych:

**Osoba pobierajaca zasilek chorobowy jest zobowiazana do poinformowania o wynagrodzeniu, swiadczen z ubezpieczalni lub z Ubezpieczalni Spolecznej (TR). W przypadku, gdy osoba nie poinformuje o zaistnieniu okolicznosci majacych wplyw na prawo do swiadczen uznane zostana za nienaleznie pobrane i osoba utraci prawo do swiadczen chorobowych z Funduszu Chorobowego AFL.**

Wnioskodawca niniejszym podpisem udziela Funduszowi AFL pozwolenia do zebrania dokladniejszych informacji, które potrzebne beda do rozpatrzenia podania, czyli informacji o placonym podatku, potwierdzenia o wyplaconych swiadczeniach z Ubezpieczalni Spolecznej i/lub innych instytucji/funduszy emerytalnych, wg. prawa o uzywaniu informacji osobistych. Wnioskodawca wydaje zgode na zatwierdzenie zaswiadczenia lekarskiego i innych dokumentów przez lekarza Funduszu Chorobowego.

Data	Podpis wnioskodawcy
------	---------------------

Zalaczniki do podania:

Zaswiadczenie lekarskie <input type="checkbox"/>	Karta podatkowa <input type="checkbox"/>	Odcinki wypłaty <input type="checkbox"/>	Zaswiadczenie pracodawcy o ostatnim wynagrodzeniu <input type="checkbox"/>	Inne dokumenty <input type="checkbox"/>
--	--	--	--	---

## Wypelnione przez upowaznionego pracownika Funduszu Chorobowego

Wynagrodzenie brutto 6/12 miesiecy	Wyslano do komisji dnia
Srednia miesieczna	Rozpatrzone dnia
80%	Swiadczenia z TR
Data	Swiadczenia z Funduszu Chorobowego
Podpis upowaznionego pracownika	