

BEIÐNI UM SJÚKLINGTRYGGINGU FYRIR HEILBRIGÐISÞJÓNUSTU

ALMENNAR UPPLÝSINGAR

Nafn váttryggingartaka _____ Sími _____

Kennitala _____ Netfang _____

Heimilisfang _____ Póstnúmer _____

Nafn greiðanda _____ Kennitala _____

STARFSEMIN

- ☐ Sjúkrahús
- ☐ Heilbrigðisstofnanir, þ.m.t. lyfsölur og rannsókn- og röntgenstofur
- ☐ Heilsugæslustöðvar
- ☐ Þeir sem annast sjúkraflutninga
- ☐ Hjúkrunarheimili og dvalarheimili með hjúkrunardeild

Skipting starfa á viðkomandi starfsstöð:

Starf/sérgrein	Stöðugildi

Er einnig óskað eftir Starfsábyrgðartryggingu

Já ☐ Nei ☐ (félagið mælir eindregið með þessari vernd)

Frjálsri ábyrgðartryggingu:

Já ☐ Nei ☐ (félagið mælir eindregið með þessari vernd)

BEIÐNI UM SJÚKLINGTRYGGINGU FYRIR HEILBRIGÐISÞJÓNUSTU

Hefur váttryggingartaki verið með sjúklingatryggingu í gildi hjá öðru váttryggingarfélagi?

Já ☐ Nei ☐

Ef svarið er „já“, hjá hvaða félagi var váttryggt og hvenær féll síðasta sjúklingatrygging úr gildi?

Hefur annað váttryggingarfélag hafnað umsókn um sjúklingatryggingu?

Já ☐ Nei ☐

Ef svarið er „já“, skýrið þá frekar:

Hafa verið gerðar bótakröfur á umsækjanda, váttryggingartaka eða starfsmenn hans, eða er þessum aðilum kunnugt um hugsanlegar bótakröfur?

Já ☐ Nei ☐

Ef svarið er „já“, lýsið þá nánar:

Er váttryggingartaka kunnugt um einhver mistök af hálfu starfsmanna hans sem leitt gætu til bótakröfu?

Já ☐ Nei ☐

Ef svarið er „já“, lýsið þá nánar:

Við mat á umsókn um váttryggingu þessa er aflað upplýsinga um greiðsluhæfi.

Undirritaður/ud lýsir hér með yfir, að upplýsingar þær sem gefnar eru og fram koma á þessari beiðni eru sannar og gefnar eftir bestu vitund. Undirritaður/ud gerir sér jafnframt grein fyrir, að þessar upplýsingar eru lagðar til grundvallar varðandi skilmála, iðgjöld og ákvörðun eigin áhættu.

Staður/dags.

Undirskrift váttryggingartaka: