

Umboð til gagnaöflunar

Authorisation to gather information

SJÓVÁ

Útfyllist af tjónpola

Ég heimila Sjóvá að afla allra upplýsinga og gagna frá læknum, sjúkrastofnunum og öðrum meðferðaraðilum er varða heilsufar mitt og einnig fyrri/síðari sjúkdóma og slys sem félagið telur geta skipt máli við mat á bótakröfu þessari. Í framangreindu felst meðal annars heimild til aðgangs að hvers kyns upplýsingum í sjúkraskrá minni eftir því sem félagið telur nauðsynlegt. Jafnframt heimila ég Sjóvá að afla allra nauðsynlegra upplýsinga og gagna frá Sjúkratryggingum Íslands og Tryggingastofnun ríkisins, lífeyrissjóðum, sjúkrasjóðum stéttarfélag, skattfyrirvöldum, núverandi eða fyrrverandi vinnuveitanda, Vinnueftirliti ríkisins, lögreglu og frá váttryggingafélögum eftir því sem þörf krefur til ákvörðunar bótaréttar og bótafjárhæðar.

Í framangreindri yfirlýsingu felst upplýst samþykki til vinnslu viðkvæmra persónuupplýsinga skv. lögum nr. 90/2018, en unnt er að afturkalla það með skriflegri yfirlýsingu til félagsins. Farið er með allar upplýsingar sem trúnaðarmál og aðgangur ekki veittur að þeim, umfram það sem nauðsynlegt er vegna vinnslu málsins, nema samkvæmt skýru umboði. Ófullnægjandi svör kunna að hafa áhrif á bótarétt minn.

To be filled in by claimant

I authorise Sjóvá to gather any information and data from physicians, medical centres and other medical treatment institutions regarding my health and any information about previous / more recent illnesses and accidents that the company deems relevant for the purposes of assessing this compensation claim. This includes permission to access any type of information from my medical records as deemed necessary by the company. I also authorise Sjóvá to gather any necessary information and data from Sjúkratryggingar Íslands (Icelandic Health Insurance), Tryggingastofnun ríkisins (Social Insurance Administration), pension funds, trade union sickness funds, current or past employers, Vinnueftirliti ríkisins (Administration of Occupational Safety and Health in Iceland), the police and insurance companies which is required to determine entitlement to compensation and the amount thereof.

This declaration entails informed consent for the processing of sensitive personal information under Act No. 90/2018. This consent may be revoked at any time by means of a written notice to the company. All information is treated as confidential, and access thereto is restricted to that which is necessary for the handling of the case, unless clear authorisation is given otherwise. Insufficient replies may affect my entitlement to compensation.

Tjónsdagsetning / Date of accident/illness

Staður og dagsetning / City and date

Undirskrift tjónpola / Signature of claimant

Kennitala tjónpola / ID number