

Útfyllist af sjúklingi eða forráðamanni

## ALMENNAR UPPLÝSINGAR

Nafn sjúklings \_\_\_\_\_ Kennitala \_\_\_\_\_  
Heimili \_\_\_\_\_ Póstnúmer \_\_\_\_\_ Staður \_\_\_\_\_  
Heimasími \_\_\_\_\_ Vinnusími \_\_\_\_\_ GSM \_\_\_\_\_ Netfang \_\_\_\_\_  
Nafn váttryggingartaka \_\_\_\_\_ Kennitala \_\_\_\_\_

## UPPLÝSINGAR UM VEIKINDIN /SLYSIÐ

Ástæða innlagnar á sjúkrahús ☐ veikindi ☐ slys ☐ annað \_\_\_\_\_  
Slysdagur eða fyrsti veikindadagur \_\_\_\_\_  
Lýsing á tildrögum slyss og áverkum eða heiti sjúkdóms og sjúkdómslýsing (ítarlegt) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Tengist slysið/veikindin neyslu áfengis eða lyfja? ☐ Já ☐ Nei Ef já, lýsið nánar? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Tengist slysið/veikindin fyrri sjúkdómum eða slysum? ☐ Já ☐ Nei Ef já, hvernig? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## LÆKNISMEÐFERÐ

Heiti sjúkrahúss/meðferðarstofnunar \_\_\_\_\_ Staðsetning \_\_\_\_\_  
Tímabil innlagnar frá \_\_\_\_\_ til \_\_\_\_\_  
Nafn meðferðarlæknis \_\_\_\_\_ Aðsetur \_\_\_\_\_

## AÐRAR UPPLÝSINGAR

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Upplýsingar um tjónið verða skráðar í Tjónagrunn sem Samtök fjármálafyrirtækja sjá um rekstur á og má ætla að tjónasaga verði könnuð við afgreiðslu málsins.**

Undirrituð/aður votta hér með að ofangreind svör mín og upplýsingar eru samkvæmt minni bestu vitund rétt og sannleikanum samkvæmt og er þar ekki leynt atriðum sem kunna að skipta máli við ákvörðun félagsins um bótarétt og bótafjárhæð. Mér er ljóst að röng eða ófullnægjandi svör kunna að hafa áhrif á bótarétt.

Bótagreiðslur óskast lagðar inn á bankareikning nr. \_\_\_\_\_ Kt. \_\_\_\_\_

Staður og dagsetning

Undirskrift tilkynnanda

## Úfyllist af tjónþola

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, skattfyrvöldum, núverandi

edða 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.

Tjónsdagsetning

Staður og dagsetning

Undirskrift tjónþola

Kennitala