

## BEIÐNI UM STARFSÁBYRGÐARTRYGGINGU SJÁLFSTÆTT STARFANDI LÆKNA

## ALMENNAR UPPLÝSINGAR

Nafn váttryggingartaka \_\_\_\_\_ Sími \_\_\_\_\_

Kennitala \_\_\_\_\_ Netfang \_\_\_\_\_

Heimilisfang \_\_\_\_\_ Póstnúmer \_\_\_\_\_

Nafn greiðanda \_\_\_\_\_ Kennitala \_\_\_\_\_

## STARFSEMIN

Starf \_\_\_\_\_

Vinsamlega gefið upp umfang starfseminnar í tíma (hlutfall af heildarstarfi)

a) Sjálfstætt starfandi aðili, þ.m.t. ráðgjöf (eigin stofa) \_\_\_\_\_%

b) Verktaki á heilbrigðisstofnun \_\_\_\_\_%

c) Launþegi á heilbrigðisstofnun \_\_\_\_\_%

d) Verktaki á einkasjúkrastofnun/læknastofum \_\_\_\_\_%

e) Launþegi á einkasjúkrastofnun/læknastofum \_\_\_\_\_%

Vinsamlega gefið stutta lýsingu á þeim störfum sem váttryggingartaki mun sinna:

---

---

---

---

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:

---

---

---

## BEIÐNI UM STARFSÁBYRGÐARTRYGGINGU SJÁLFSTÆTT STARFANDI LÆKNA

Hafa verið gerðar bótakröfur á umsækjanda eða er honum kunnugt um hugsanlegar bótakröfur?

Já  Nei

Ef svarið er „já“, lýsið þá nánar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Já  Nei

Ef svarið er „já“, lýsið þá nánar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

Staður/dags. \_\_\_\_\_

Undirskrift váttryggingartaka: \_\_\_\_\_