

BEIÐNI UM SJÚKLINGATRYGGINGU
SJÁLFSTÆTT STARFANDI AÐILAR Í HEILBRIGÐISÞJÓNUSTU

ALMENNAR UPPLÝSINGAR

Nafn váttryggingartaka _____ Sími _____

Kennitala _____ Netfang _____

Heimilisfang _____ Póstnúmer _____

Nafn greiðanda _____ Kennitala _____

STARFSEMIN

Starf/sérgrein _____

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 einkarekinni sjúkrastofnun/læknastofnum _____%

e) Launþegi á einkarekinni sjúkrastofnun/læknastofnum _____%

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

Er einnig óskað eftir Starfsábyrgðartryggingu lækna: Já Nei (félagið mælir eindregið með þessari vernd fyrir lækna)Frjálsri ábyrgðartryggingu: Já Nei (félagið mælir eindregið með þessari vernd)

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 SJÚKLINGATRYGGINGU SJÁLFSTÆTT STARFANDI AÐILAR Í HEILBRIGÐISÞJÓNUSTU

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/dagsetning: _____

Undirskrift váttryggingartaka: _____