

Úfyllist af slasaða

ALMENNAR UPPLÝSINGAR

Nafn slasaða _____ Kennitala _____
Heimili _____ Póstnúmer _____ Staður _____
Heimasími _____ Vinnusími _____ Gsm _____ Netfang _____
Vinnustaður _____ Starfsheiti _____ Starfshlutfall _____ %
Stéttarfélag _____ Lífeyrissjóður _____
Nafn váttryggingartaka (ef annar en slasaði) _____ Kennitala _____

UPPLÝSINGAR UM SLYSIÐ

Slysstaður _____ Dags. _____ kl. _____

Hvernig bar slysið að? (Ítarlegt) _____

_____Merkið við allt sem
við á:

- Umferðarslys
 Frítímaslys
 Slys í vinnutíma
 Á leið til/frá vinnu
 Íþróttaiðkun
 Annað

Kom lögregla á slysstað? Já NeiUrðu sjónarvottar að slysinu? Já Nei Ef já, hver? _____Telur þú annan bera ábyrgð á slysinu? Já Nei Ef já, hvern? _____Varst þú undir áhrifum áfengis/lyfja? Já Nei Ef já, lýsið nánar _____

AFLEIÐINGAR

Lýsing á meiðslum og líkamlegum afleiðingum _____
_____Ert/varst þú óvinnufær vegna slyssins? Já Nei

Ef já, tilgreindu tímabil og hlutfall óvinnufærni Frá _____ Til _____ Hlutfall _____ %

Mun óvinnufærni hafa áhrif á tekjur? Já Nei Ef já, frá hvaða tíma? _____

LÆKNISMEÐFERÐ

Hvenær var fyrst leitað meðferðar vegna slyssins? _____ Hef ekki leitað læknis/meðferðar

Hvert var leitað fyrst eftir slysið? _____

Nafn heimilislæknis _____

Aðsetur _____

Nöfn annarra lækna/meðferðarstofnana _____

Aðsetur _____

Úfyllist af slasaða

FYRRA HEILSUFAR

Áttir þú við meiðsli að stríða fyrir slysið? Já Nei Ef já, hver? _____Áttir þú við veikindi að stríða fyrir slysið? Já Nei Ef já, hvern? _____Hefur þú áður legið á sjúkrahúsi vegna veikinda eða slyss? Já Nei Ef já, hvenær og hvers vegna? _____Hefur þú verið metin(n) til örorku? Já Nei Ef já, hvenær? _____

AÐRAR UPPLÝSINGAR

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 minn.

Bótagreiðslur óskast lagðar inn á bankareikning nr. _____ - _____ - _____ kt. _____

Staður og dagsetning

Undirskrift slasaða

Úfyllist af foreldri/forráðamanni

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 bótaþrófu 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 fyrrver-

andi 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

f.h.

Nafn barns

Kennitala barns

Staður og dagsetning

Undirskrift foreldris/forráðamanns

Kennitala foreldris/forráðamanns