



Vinsamlegast svarið öllum spurningum í beiðni þessari.  
Svörin verða lögð til grundvallar við mat á áhættu, skilmála og iðgjaldi.

1.0

Vátryggingartaki \_\_\_\_\_ Kennitala \_\_\_\_\_  
 Heimili \_\_\_\_\_ Póstnúmer \_\_\_\_\_ Staður \_\_\_\_\_  
 Sími \_\_\_\_\_ Netfang \_\_\_\_\_  
 Vátryggður \_\_\_\_\_ Kennitala \_\_\_\_\_ Sími \_\_\_\_\_  
 ef annar en vátryggingartaki Netfang \_\_\_\_\_

2.0

Óskað er eftir:  Lögboðinni sjúklingatryggingu  Ábyrgðartryggingu tannlækna til viðbótar sjúklingatryggingu

3.0

**Starfssvið:**

<input type="checkbox"/> Almennar tannlækningar	Hlutfall _____ %	Sérfræðileyfi? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
<input type="checkbox"/> Barnatannlækningar	Hlutfall _____ %	Sérfræðileyfi? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
<input type="checkbox"/> Bitlækningar	Hlutfall _____ %	Sérfræðileyfi? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
<input type="checkbox"/> Munn- og kjálkaskurðlækningar	Hlutfall _____ %	Sérfræðileyfi? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
<input type="checkbox"/> Tannfyllingu- og tansjúkdómalækningar	Hlutfall _____ %	Sérfræðileyfi? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
<input type="checkbox"/> Tannholdslækningar	Hlutfall _____ %	Sérfræðileyfi? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
<input type="checkbox"/> Tannholslækningar	Hlutfall _____ %	Sérfræðileyfi? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
<input type="checkbox"/> Tann- og munnngervlalækningar	Hlutfall _____ %	Sérfræðileyfi? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
<input type="checkbox"/> Tannréttingar	Hlutfall _____ %	Sérfræðileyfi? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
<input type="checkbox"/> Samfélagstannlækningar	Hlutfall _____ %	Sérfræðileyfi? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
<input type="checkbox"/> Öldrunartannlækningar	Hlutfall _____ %	Sérfræðileyfi? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
<input type="checkbox"/> Lyfjalækningar munnhols	Hlutfall _____ %	Sérfræðileyfi? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
<input type="checkbox"/> Myndgreining munns og kjálka	Hlutfall _____ %	Sérfræðileyfi? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei

4.0

Menntun (hvar lært, hvenær útskrifaðist, hvaða gráða/sérsvið) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

5.0

Starfsferill aðalstarfs (hvar unnið og tímabil á hverjum stað):

Tímabil	Starfsstöð
_____	_____
_____	_____
_____	_____

6.0

Hvar hefur þú starfsstöð? _____	Starfshlutfall _____ %
_____	Starfshlutfall _____ %
_____	Starfshlutfall _____ %

7.0

Hefur annað váttryggingafélag hafnað umsókn um samskonar tryggingu?	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei
Hafa verið gerðar bótakröfur á umsækjanda, váttryggingartaka eða starfsmenn hans?	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei
Er umsækjanda eða váttryggingartaka kunnugt um hugsanleg málaferli eða gerðardómsmál?	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei
Er umsækjanda eða váttryggingartaka kunnugt um einhver mistök af hans hálfu eða starfsmanna hans sem leitt gætu til bótakröfu?	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei

**ATH: Sé svar við einum eða fleiri af liðum hér að ofan jákvætt þarf greinargerð að fylgja umsókn.**

8.0

Annað sem umsækjandi vill greina frá: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ég lýsi því hér með yfir að þær upplýsingar sem koma fram í þessari beiðni eru réttar samkvæmt bestu vitund, engum upplýsingum hefur verið haldið leyndum. Mér er ljóst að upplýsingar þessar grundvalla skilmála, iðgjöld og eigin áhættu og að mér ber að upplýsa félagið ef þær breytast. Ég hef kynnt mér skilmála váttryggingarinnar og samþykki þá og geri mér grein fyrir að váttryggingin tekur ekki gildi fyrr en beiðnin hefur verið samþykkt af félaginu og að hún sé þá hluti af váttryggingarsamning ef hann kemst á. Ég átta mig á að þessi upplýsingagjöf mín er í samræmi við skyldur mínar skv. lögum um váttryggingasamninga nr. 30/2004.

Vakin er athygli á því að rangar upplýsingar geta valdið missi váttryggingabóta.

Félagið áskilur sér rétt til þess að hafna beiðninni án sérstaks rökstuðnings.

\_\_\_\_\_  
Staður og dagsetning

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

\_\_\_\_\_  
Undirskrift váttryggðs (ef annar en váttryggingartaki)

Fyllist út af Váttryggingafélagi Íslands hf.

\_\_\_\_\_  
Samþykkt af

\_\_\_\_\_  
Dagsetning