

# Beiðni um sjúklingatryggingu fyrir sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsstéttir



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 _____	

Óskað er eftir:  Lögboðinni sjúklingatryggingu  
 Ábyrgðartryggingu sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanna til viðbótar sjúklingatryggingu

2.0

**Merktu við þá heilbrigðisstétt sem þú tilheyrir:**

<input type="checkbox"/> Áfengis- og vímuefnaráðgjafi	<input type="checkbox"/> Lyfjatæknir	<input type="checkbox"/> Sjóntækjafræðingur
<input type="checkbox"/> Félagsráðgjafi	<input type="checkbox"/> Matartæknir	<input type="checkbox"/> Sjúkraflutningamaður
<input type="checkbox"/> Fótaaðgerðafræðingur	<input type="checkbox"/> Matvælafræðingur	<input type="checkbox"/> Sjúkraliði
<input type="checkbox"/> Geislafræðingur	<input type="checkbox"/> Náttúrufræðingur	<input type="checkbox"/> Sjúkranuddari
<input type="checkbox"/> Hjúkrunarfræðingur - skurðstofa	<input type="checkbox"/> Næringarfræðingur	<input type="checkbox"/> Sjúkraþjálfari
<input type="checkbox"/> Hjúkrunarfræðingur - aðrir	<input type="checkbox"/> Næringarráðgjafi	<input type="checkbox"/> Stoðtækjafræðingur
<input type="checkbox"/> Hnykkir	<input type="checkbox"/> Næringarrekstrarfræðingur	<input type="checkbox"/> Talmeinafræðingur
<input type="checkbox"/> Iðjuþjálfari	<input type="checkbox"/> Osteópati	<input type="checkbox"/> Tannfræðingur
<input type="checkbox"/> Lífeindafræðingur	<input type="checkbox"/> Sálfræðingur	<input type="checkbox"/> Proskapþjálfari
<input type="checkbox"/> Lyfjafræðingur		

Ljós móðir

<input type="checkbox"/> Fæðingar eingöngu	Hve margar fæðingar á ári? _____
<input type="checkbox"/> Fæðingar og ungbarnaeftirlit	Hve margar fæðingar á ári? _____
<input type="checkbox"/> Mæðra- og ungbarnaeftirlit eingöngu	

Annað, tilgreinið: \_\_\_\_\_

3.0

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

4.0

Ertu að vinna við þitt sérsvið í dag?  Já  Nei, hvaða 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?  Já  Nei  
 Hafa verið gerðar bótakröfur á umsækjanda, váttryggingartaka eða starfsmenn hans?  Já  Nei  
 Er umsækjanda eða váttryggingartaka kunnugt um hugsanleg málaferli eða gerðardómsmál?  Já  Nei  
 Er umsækjanda eða váttryggingartaka kunnugt um einhver mistök af hans hálfu eða starfsmanna hans sem leitt gætu til bótakröfu?  Já  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