

Beiðni um starfsábyrgðartryggingu heilbrigðisstarfsmanna

Vinsamlega svarið öllum eftirfarandi spurningum.



I. Grunnupplýsingar

Vátryggingartaki _____ Kennitala _____
Heimilisfang _____ Póstnúmer _____ Staður _____
Tengiliður _____
Sími / Farsími _____ Netfang _____

II. Vátryggingin

Óskað er eftir Lögboðinni sjúklingatryggingu Breytingu á tryggingu Vátryggingin tekur gildi dags. _____
 Starfsábyrgðartryggingu sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanna til viðbótar sjúklingatryggingu
 Frjáls ábyrgðartrygging

III. Starfsemin

Merktu við þá heilbrigðisstétt sem þú tilheyrir:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Áfengis- og vímuefnaráðgjafi | <input type="checkbox"/> Lyfjataeknir | <input type="checkbox"/> Sjóntækjafræðingur |
| <input type="checkbox"/> Félagaráðgjafi | <input type="checkbox"/> Matartækni | <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"/> Næringaráðgjafi | <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"/> Lifeindafræðingur | <input type="checkbox"/> Sálfræðingur | <input type="checkbox"/> Proskapþjálfari |
| <input type="checkbox"/> Lyfjafræðingur | | |
| <input type="checkbox"/> Ljós móðir | | |

Fæðingar eingöngu Hve margar fæðingar á ári? _____

Fæðingar og ungbarnaeftirlit Hve margar fæðingar á ári? _____

Mæðra- og ungbarnaeftirlit eingöngu

Annað, tilgreinið: _____

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

Ertu að vinna við þitt sérsvið í dag? Já Nei Ef nei, hvaða sérsvið? _____

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

Tímabil _____ Starfsstöð _____

Tímabil _____ Starfsstöð _____

Tímabil _____ Starfsstöð _____

Hvar hefur þú starfsstöð? _____ Starfshlutfall _____ %

Starfshlutfall _____ %

Starfshlutfall _____ %

IV. Yfirlýsingar

1. Hefur váttryggingartaki verið með starfsábyrgðartryggingu í gildi hjá öðru váttryggingafélagi? Já Nei

Ef já, hjá hvaða félagi var váttryggt, hvenær og af hverju féll síðasta starfsábyrgðartrygging úr gildi?

2. Hefur annað tryggingafélag hafnað umsókn um samskonar tryggingu? Já Nei

Ef já, skýrið frá ástæðu höfnunar _____

3. Hefur váttryggingartaki eða samstarfsmenn hans, orðið bótaskyldur vegna mistaka í starfi? Já Nei

Ef já, lýsið eðli og fjárhæð kröfu og niðurstöðu máls _____

4. Hefur váttryggingartaki vitneskju um eða ástæðu til að ætla að á hann verði gerð krafa sem enn er ekki komin fram?

Já Nei Ef já, lýsið eðli og áætlaðri fjárhæð kröfu _____

V. Athugasemdir

VI. Eigin yfirlýsing og undirskrift

Ég undirritaður(uð) staðfesti að upplýsingar sem fram koma á þessari váttryggingabeiðni eru réttar samkvæmt minni bestu vitund. Jafnframt geri ég mér grein fyrir því að rangar upplýsingar geta leitt til takmörkunar eða missis bótaréttar samkvæmt lögum um váttryggingasamninga nr. 30/2004. Ef breyting verður á starfseminni ber að láta félagið vita. Misbrestur á því getur leitt til takmörkunar eða missis bótaréttar.

ATHUGA: Váttryggingin tekur ekki gildi fyrr en beiðnin hefur verið samþykkt af félaginu.

Staður og dagsetning

Undirskrift váttryggingartaka

Undirskrift starfsmanns / váttryggingarmiðlara

Undirskrift váttryggðs