



# Beiðni um starfsábyrgðartryggingu lækna

Vinsamlega svarið öllum eftirfarandi spurningum.

## I. Grunnupplýsingar

Vátryggingartaki \_\_\_\_\_ Kennitala \_\_\_\_\_

Heimilisfang \_\_\_\_\_ Póstnúmer \_\_\_\_\_ Staður \_\_\_\_\_

Vátryggður \_\_\_\_\_ Kennitala \_\_\_\_\_  
ef annar en vátryggingartaki

Sími / Farsími \_\_\_\_\_ Netfang \_\_\_\_\_

## II. Vátryggingin

Óskað er eftir  Lögboðinni sjúklingatryggingu  Breytingu á tryggingu Vátryggingin tekur gildi dags. \_\_\_\_\_

Starfsábyrgðartryggingu lækna til viðbótar sjúklingatryggingu  Frjáls ábyrgðartrygging

## III. Starfsemin

Merktu við þau starfssvið sem umsækjandi/vátryggður tilheyrir:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Atvinnusjúkdómalæknir       | <input type="checkbox"/> Hjartalækningar              | <input type="checkbox"/> Ónæmislækningar             |
| <input type="checkbox"/> Augnlæknir                  | <input type="checkbox"/> Þ.m.t. hjartaþræðingar       | <input type="checkbox"/> Rannsóknarlæknir - sérgrein |
| <input type="checkbox"/> Skurðaðgerðir               | <input type="checkbox"/> Án hjartaþræðinga            | <input type="checkbox"/> Klínísk lífefnafræði        |
| <input type="checkbox"/> Mælingar eingöngu           | <input type="checkbox"/> Krabbameinslæknir            | <input type="checkbox"/> Meinalífeflisfræði          |
| <input type="checkbox"/> Barnalæknir                 | <input type="checkbox"/> Lyflæknir - sérgrein         | <input type="checkbox"/> Meinaefnafræði              |
| <input type="checkbox"/> Barna- og unglíngageðlæknir | <input type="checkbox"/> Meltingalækningar            | <input type="checkbox"/> Ónæmisfræði                 |
| <input type="checkbox"/> Bráðalæknir                 | <input type="checkbox"/> Blóðmeinafræði               | <input type="checkbox"/> Sýklafræði                  |
| <input type="checkbox"/> Bæklunarskurðlæknir         | <input type="checkbox"/> Gigtarlækningar              | <input type="checkbox"/> Vefjameinafræði             |
| <input type="checkbox"/> Endurhæfingarlæknir         | <input type="checkbox"/> Efnaskiptalækningar          | <input type="checkbox"/> Veirufræði                  |
| <input type="checkbox"/> Fæðinga- og kvenlæknir      | <input type="checkbox"/> Lungnalækningar              | <input type="checkbox"/> Smitlækningar               |
| <input type="checkbox"/> Geðlæknir                   | <input type="checkbox"/> Þ.m.t. berkjaspeglun         | <input type="checkbox"/> Skurðlæknir                 |
| <input type="checkbox"/> Gjörgæslulæknir             | <input type="checkbox"/> Án berkjaspeglunar           | <input type="checkbox"/> Svæfingalæknir              |
| <input type="checkbox"/> Háls-, nef- og eyrnalæknir  | <input type="checkbox"/> Lýtalæknir                   | <input type="checkbox"/> Taugalækningar              |
| <input type="checkbox"/> Heilbrigðisstjórnunarlæknir | <input type="checkbox"/> Myndgreiningarlæknir         | <input type="checkbox"/> Þvaggfæraskurðlæknir        |
| <input type="checkbox"/> Heimilislæknir              | <input type="checkbox"/> Þ.m.t. sprautun á skuggaefni | <input type="checkbox"/> Öldrunarlækningar           |
| <input type="checkbox"/> Húð- og kynsjúkdómalæknir   | <input type="checkbox"/> Nýrnalækningar               |  |

Annað, tilgreinið: \_\_\_\_\_

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

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

Er umsækjandi/vátryggður með lækningaleyfi í gildi?  Já  Nei

Ef nei, tilgreinið ástæður \_\_\_\_\_

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/váttryggður 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/váttryggður eða samstarfsmenn hans, orðið bótaskyldur vegna mistaka í starfi?  Já  Nei

Ef já, lýsið eðli og fjárhæð kröfu og niðurstöðu máls \_\_\_\_\_

4. Hefur váttryggingartaki/váttryggður 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 starfsemi 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