

## Tilkynning um slys

Óskað er eftir að spurningum sé svarað eins ítarlega og hægt er, en það stuðlar að því að meðhöndlun málsins og tjónsuppgjör taki styttri tíma. Með tjónstilkynningunni þarf að senda öll gögn, sem máli geta skipt í sambandi við tjónið.

### I. Grunnupplýsingar

Nafn hins slasaða \_\_\_\_\_ Kennitala \_\_\_\_\_

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

Heimasími / Farsími \_\_\_\_\_ Vinnusími \_\_\_\_\_

Starfsheiti \_\_\_\_\_ Netfang \_\_\_\_\_

Nafn váttryggingartaka \_\_\_\_\_ Kennitala \_\_\_\_\_

(Ef annar en hinn slasaði)

### II. Upplýsingar um slysið

Dagsetning slyss \_\_\_\_\_ Klukkan \_\_\_\_\_ Slysstaður \_\_\_\_\_

Hvernig slys?  Í vinnutíma  Á beinni leið í/úr vinnu  Í frítíma  Annað \_\_\_\_\_

Lýsing á tildrögum slyssins \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Var sá slasaði undir áhrifum áfengis/lyfja?  Já  Nei

Var lögregla kölluð til?  Já  Nei

Var Vinnueftirlitið kallað til?  Já  Nei

Var sjónarvottur að slysinu?  Já  Nei Ef já, hver?

Sjónarvottur - nafn \_\_\_\_\_ Sími \_\_\_\_\_ Netfang \_\_\_\_\_

Hvenær var leitað læknishjálpar eftir slysið? Dagur/mánuður/ár \_\_\_\_\_

Nafn lækis/sjúkrastofnunar \_\_\_\_\_

Hver er heimislæknir? \_\_\_\_\_

Nöfn annarra meðferðaraðila (ef við á) \_\_\_\_\_

Hvaða meiðsli hlutust af slysinu? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Varð hinn slasaði óvinnufær af völdum slyssins?  Já  Nei Ef já, hversu lengi? Frá dags. \_\_\_\_\_ til dags. \_\_\_\_\_

Hefur hinn slasaði verið metinn til örorku?  Já  Nei

Ef já – hver framkvæmdi matið og hver var örorkan í %? \_\_\_\_\_

Átti hinn slasaði við veikindi/meiðsli að stríða fyrir slysið?  Já  Nei

Ef já, hvaða veikindi/meiðsli og hver var meðferðarlæknir? \_\_\_\_\_

Annað sem ástæða er til að komi fram \_\_\_\_\_

### III. Aðrar upplýsingar

Greiðslur óskast lagðar inn á bankareikning nr. \_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_

Þar sem félaginu er lögskyld að draga staðgreiðslu af greiddum dagpeningum og skila til ríkissjóðs, þarf tjónþoli að skila skattkorti sínu til Varðar trygginga hf. til að geta nýtt sér persónuafsláttinn.

Athugasemdir \_\_\_\_\_

### IV. Eigin yfirlýsing og undirskrift

Ég, undirritaður(uð), votta hér með að svör mín við framangreindum spurningum eru samkvæmt minni bestu vitund rétt og sannleikanum samkvæmt og þar er ekki leynt atriðum sem kynnu að skipta máli við ákvörðun félagsins um bótaskyldu og bótafjárhæð.

Staður og dagsetning

Undirskrift

## V. Upplýst samþykki til vinnslu viðkvæmra persónuupplýsinga

Nafn tjónpola \_\_\_\_\_ Kennitala \_\_\_\_\_

Ég, undirritaður(uð), veiti hér með Verði tryggingum hf. óskoraða heimild til þess að afla upplýsinga frá læknum, sjúkrahúsum, heilsugæslustöðvum og öðrum sjúkrastofnunum/meðferðaraðilum um heilsufar mitt nú og nær samþykki mitt einnig til öflunar upplýsinga um fyrri sjúkdóma og/eða slys, allt eftir því sem nauðsynlegt þykir vegna meðferðar þessa máls.

Einnig heimila ég félaginu að afla upplýsinga frá Tryggingastofnun ríkisins, Sjúkratryggingum Íslands, lífeyrissjóðum, stéttarfélagum, skattyfirvöldum, Vinnueftirliti ríkisins og öðrum váttryggingarfélagum, allt eftir því sem nauðsynlegt þykir vegna meðferðar þessa máls og ákvörðunar bótafjárhæðar.

Mér er kunnugt um að Vörður tryggingar hf. mun nota upplýsingar þessar eingöngu við meðferð máls míns hjá félaginu og að aðgangur að þessum upplýsingum hjá félaginu er eingöngu í höndum þeirra aðila sem annast afgreiðslu persónutjóna.

Í yfirlýsingu þessari felst samþykki mitt til vinnslu persónuupplýsinga skv. lögum nr. 77/2000. Samþykki þetta er hægt að afturkalla hvenær sem er með skriflegri yfirlýsingu til félagsins.

Staður og dagsetning

Undirskrift tjónpola

## Fyllist út af starfsmanni Varðar

Tjónsdagsetning \_\_\_\_\_ Tjónsnúmer \_\_\_\_\_

Dagsetning móttöku \_\_\_\_\_

Undirskrift starfsmanns Varðar \_\_\_\_\_