

## Tjónstilkynning vegna barnatryggingar

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 barns \_\_\_\_\_ Kennitala \_\_\_\_\_

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

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

Nafn váttryggingartaka \_\_\_\_\_ Kennitala \_\_\_\_\_  
(Forráðamanns)

### II. Útfyllist vegna sjúkdóms

1. Vinsamlegast gefðu fulla lýsingu á sjúkdómnum \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Hvenær (hvaða dag) var leitað fyrst til læknis vegna sjúkdómsins? \_\_\_\_\_

3. Var leitað fyrst til heimilislæknis? .....  Já  Nei

4. Hvaða einkenni voru undanfari greiningar sjúkdómsins og hvenær komu þau fram? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Hefur barnið gengist undir rannsóknir til staðfestingar á greiningunni? .....  Já  Nei

Ef já, hvaða rannsóknir og hvenær fóru þær fram? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Hvaða meðferðir eru yfirstandandi og hvaða meðferðir hefur barnið gengist undir vegna sjúkdómsins?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Hefur barnið áður haft eða verið í meðferð vegna samskonar eða skylds sjúkdóms? .....  Já  Nei

Ef já, vinsamlegast gefðu fulla og nákvæma lýsingu \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### III. Útfyllist vegna slyss

1. Dagsetning slyss \_\_\_\_\_ Klukkan \_\_\_\_\_ Slysstaður \_\_\_\_\_

2. Lýsing á tildrögum slyssins \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

4. Hefur sami líkamshluti orðið fyrir áverkum eða hefur barnið haft eymsli, verk eða stirðleika í líkamshlutanum?  Já  Nei

Ef já, lýsið einkennum: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### IV. Meðferðaraðilar og innlagnartími

1. Tilgreindu nafn og aðsetur heimilislæknis \_\_\_\_\_

2. Vinsamlegast tilgreindu nöfn lækna eða sérfræðinga sem leitað hefur verið til vegna sjúkdóms eða slyss

Nafn \_\_\_\_\_ Aðsetur \_\_\_\_\_ Hvenær leitað til \_\_\_\_\_

Nafn \_\_\_\_\_ Aðsetur \_\_\_\_\_ Hvenær leitað til \_\_\_\_\_

Nafn \_\_\_\_\_ Aðsetur \_\_\_\_\_ Hvenær leitað til \_\_\_\_\_

3. Ef barnið hefur hlotið meðferð á sjúkrahúsi, vinsamlegast tilgreindu eftirfarandi:

Sjúkrahús \_\_\_\_\_ Dags. innlagnar \_\_\_\_\_ Dags. útskriftar \_\_\_\_\_

Sjúkrahús \_\_\_\_\_ Dags. innlagnar \_\_\_\_\_ Dags. útskriftar \_\_\_\_\_

Sjúkrahús \_\_\_\_\_ Dags. innlagnar \_\_\_\_\_ Dags. útskriftar \_\_\_\_\_

### V. Aðrar upplýsingar

1. Hefur verið sótt um umönnunarbætur hjá Tryggingarstofnun ríkisins? .....  Já  Nei

2. Er barnið með persónutryggingar hjá öðru váttryggingarfélagi? .....  Já  Nei

3. Ef já, vinsamlegast tilgreindu hjá hvaða félagi, tegund trygginga og váttryggingarfjárhæð \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## VI. Bótagreiðslur

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

### Upplýsingar um gögn sem félagið þarf og mun afla áður en til greiðslu kemur:

1. Læknisvottorð frá sérfræðingi og/eða heimilislækni
2. Afrit úr sjúkraskrá hins váttryggða frá heilsugæslu

## VII. 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

### VIII. Samþykki til gagnaöflunar og vinnslu persónuupplýsinga

Ég undirrituð/aður \_\_\_\_\_ Kennitala \_\_\_\_\_

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

Forráðamaður barns: \_\_\_\_\_ Kennitala \_\_\_\_\_

sem slasaðist/veiktist þann (d. m. ár) \_\_\_\_\_

#### Samþykki til að afla upplýsinga

Ég, undirritaður(uð), veiti hér með Verði tryggingum hf. óskoraða heimild til þess að afla upplýsinga frá læknum, sjúkrahúsum, heilsugæslustöðvum og öðrum sjúkrahúsum/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, stéttarfélögum, skattfyrirvöldum, Vinnueftirliti ríkisins og öðrum váttryggingarfélögum, allt eftir því sem nauðsynlegt þykir vegna meðferðar þessa máls og ákvörðunar bótafjárhæðar.

#### Vinnsla persónuupplýsinga

Tilgangurinn með öflun þessara upplýsinga er sá að félagið þarf að geta metið ábyrgð sína og greitt út bætur á grundvelli upplýsinganna. Heimildin til upplýsingaröflunar er nauðsynleg vegna framkvæmdar samnings sem er á milli mín og Varðar trygginga hf. auk þess sem hún byggist á lögum nr. 30/2004 um váttryggingasamninga. Samkvæmt 120. gr. laga nr. 30/2004 um váttryggingarsamninga ber þeim sem hyggst hafa uppi kröfu gegn félaginu veita því upplýsingar og afhenda gögn sem hann á aðgang að og félagið þarf til þess að geta metið ábyrgð sína og greitt út bætur.

Í persónuverndarstefnu félagsins er fjallað nánar um í hvaða tilgangi Vörður notar persónuupplýsingar, hvernig þær eru unnar og aðrar upplýsingar sem varðar meðferð persónuupplýsinga. Persónuverndarstefnuna er að finna á heimasíðu Varðar. 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 er eingöngu í höndum þeirra aðila sem annast afgreiðslu tjónamála. Upplýsingarnar eru aldrei geymdar lengur en þörf er á fyrir vinnslu þeirra á grundvelli samningsambands okkar og þeirri lagaskyldu sem á félaginu hvílir. Vörður fer með meðhöndlun upplýsinganna í samræmi við gildandi persónuverndarlög.

#### Samþykki til að miðla upplýsingum

Ég heimila félaginu að miðla persónuupplýsingum þegar Vörður telur það nauðsynlegt til að framkvæma samning við mig. Þessir aðilar geta verið til að mynda endurtryggjendur, matsmenn, læknar og heilbrigðisstofnanir, önnur tryggingafélög á grundvelli sérstaks umboðs eða vegna upplýsinga um tjón þriðja aðila og lögregla eða lögfræðiskrifstofur vegna slysa og tjónamála allt eftir eðli hvers máls.

Staður og dagsetning

Undirskrift

### Fyllist út af starfsmanni Varðar

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

Dagsetning móttöku \_\_\_\_\_

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