

Tjónstilkynning vegna sjúkdómatryggingar

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 veika _____ Kennitala _____

Heimilisfang _____ Póstnúmer _____ Staður _____

Heimasími / Farsími / Vinnusími _____ Netfang _____

Nafn váttryggingartaka _____ Kennitala _____
(Ef annar en hinn veiki)

II. Upplýsingar um sjúkdóm

1. Vinsamlegast gefðu fulla lýsingu á sjúkdómnum _____

2. Hvenær (hvaða dag) leitaðir þú fyrst til læknis vegna sjúkdómsins? _____

3. Leitaðir þú fyrst til heimilislæknis? Já Nei

4. Tilgreindu nafn og aðsetur heimilislæknis _____

5. Hvaða einkenni voru undanfari greiningar sjúkdómsins og hvenær komu þau fram? _____

6. Hefur þú gengist undir rannsóknir til staðfestingar á greiningunni? Já Nei

Ef já, vinsamlegast greindu frá rannsóknunum: _____

7. Hvaða meðferðir eru yfirstandandi og hvaða meðferðir hefur þú gengist undir vegna sjúkdómsins?

8. Hefur þú áður haft eða verið í meðferð vegna samskonar eða skylds sjúkdóms? Já Nei

Ef já, vinsamlegast gefðu fulla og nákvæma lýsingu _____

Upphafsstafir váttryggðs

9. Vinsamlegast tilgreindu nöfn lækna eða sérfræðinga sem leitað hefur verið til vegna sjúkdómsins

Nafn _____ Aðsetur _____ Hvenær leitað til _____

Nafn _____ Aðsetur _____ Hvenær leitað til _____

Nafn _____ Aðsetur _____ Hvenær leitað til _____

10. Ef þú hefur hlotið meðferð á sjúkrahúsi, vinsamlegast tilgreindu eftirfarandi:

Sjúkrahús _____ Dags. innlagnar _____ Dags. útskriftar _____

Sjúkrahús _____ Dags. innlagnar _____ Dags. útskriftar _____

Sjúkrahús _____ Dags. innlagnar _____ Dags. útskriftar _____

11. Hafa nánustu ættingjar, nú eða áður, haft samskonar eða skyldan sjúkdóm? Já Nei

Ef já, vinsamlegast tilgreindu skyldleika, hvaða sjúkdóm var um að ræða og hvenær sjúkdómurinn var fyrst greindur

12. Varðst þú óvinnufær af völdum sjúkdómsins? Já Nei Ef já, frá dags. _____ til dags. _____

Ef um óvinnufærni er að ræða, hvert er hlutfallið? 100% 75% 50% 25% Annað _____

13. Ertu með persónuþryggingar hjá öðru váttryggingarfélagi? Já Nei

Ef já, vinsamlegast tilgreindu hjá hvaða félagi, tegund trygginga, váttryggingarfjárhæð og hvort þú hafir krafist bóta úr

þessum tryggingum _____

14. Reykir þú eða hefur þú reykt? Já Nei

Ef já, a) hve mikið reykir/reyktir þú á dag? _____ b) í hve langan tíma hefur þú reykt? _____

III. Bótageiðslur

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

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 váttryggðs

V. Samþykki til gagnaöflunar og vinnslu persónuupplýsinga

Nafn tjónpola _____ Kennitala _____

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 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 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 samnings sambands 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 tjónpola

Fyllist út af starfsmanni Varðar

Tjónsdagsetning _____ Tjónsnúmer _____

Dagsetning móttöku _____

Undirskrift starfsmanns Varðar _____