



Beiðni um starfsábyrgðartryggingu tannlækna

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"/> Almennar tannlækningar	Hlutfall _____ %	Sérfræðileyfi? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
<input type="checkbox"/> Barnatannlækningar	Hlutfall _____ %	Sérfræðileyfi? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
<input type="checkbox"/> Bitlækningar	Hlutfall _____ %	Sérfræðileyfi? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
<input type="checkbox"/> Munn- og kjálkaskurðlækningar	Hlutfall _____ %	Sérfræðileyfi? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
<input type="checkbox"/> Tannfyllingu- og tannsjúkdómalækningar	Hlutfall _____ %	Sérfræðileyfi? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
<input type="checkbox"/> Tannholdslækningar	Hlutfall _____ %	Sérfræðileyfi? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
<input type="checkbox"/> Tannholslækningar	Hlutfall _____ %	Sérfræðileyfi? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
<input type="checkbox"/> Tann- og munnngervalækningar	Hlutfall _____ %	Sérfræðileyfi? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
<input type="checkbox"/> Tannréttingar	Hlutfall _____ %	Sérfræðileyfi? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
<input type="checkbox"/> Samfélagstannlækningar	Hlutfall _____ %	Sérfræðileyfi? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
<input type="checkbox"/> Öldrunartannlækningar	Hlutfall _____ %	Sérfræðileyfi? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
<input type="checkbox"/> Lyfjalækningar munnhols	Hlutfall _____ %	Sérfræðileyfi? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
<input type="checkbox"/> Myndgreining munnns og kjálka	Hlutfall _____ %	Sérfræðileyfi? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei

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

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

Tímabil _____ Starfsstöð _____

Tímabil _____ Starfsstöð _____

Tímabil _____ Starfsstöð _____

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

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 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