

Beiðni um sjúklingatryggingu

fyrir sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsstéttir

Vátryggingafélag Íslands hf
Ármúla 3, 108 Reykjavík, 560 5000
kt. 690689-2009, www.vis.is



Vinsamlegast svarið öllum spurningum í beiðni þessari.

Svörin verða lögð til grundvallar við mat á áhættu, skilmála og iðgjaldi.

1.0

Vátryggingartaki _____	Kennitala _____	
Heimili _____	Póstnúmer _____	Staður _____
Sími _____	Netfang _____	
Vátryggður _____	Kennitala _____	Sími _____
<small>ef annar en vátryggingartaki</small>	Netfang _____	

Óskað er eftir: Lögboðinni sjúklingatryggingu
 Ábyrgðartryggingu sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanna til viðbótar sjúklingatryggingu

2.0

Óskað er eftir: Lögboðinni sjúklingatryggingu Ábyrgðartryggingu lækna til viðbótar sjúklingatryggingu

3.0

Merktu við þá heilbrigðisstétt sem þú tilheyrir (og settu starfshlutfall í reitinn fyrir aftan heiti starfssviðs):

<input type="checkbox"/> Áfengis- og vímuefnaráðgjafi _____ %	<input type="checkbox"/> Lyfjafræðingur _____ %	<input type="checkbox"/> Sálfræðingur _____ %
<input type="checkbox"/> Félagsráðgjafi _____ %	<input type="checkbox"/> Lyfjatæknir _____ %	<input type="checkbox"/> Sjóntækjafraeðingur _____ %
<input type="checkbox"/> Fótaaðgerðafraeðingur _____ %	<input type="checkbox"/> Læknaritari _____ %	<input type="checkbox"/> Sjúkraflutningamaður _____ %
<input type="checkbox"/> Geislafræðingur _____ %	<input type="checkbox"/> Matartæknir _____ %	<input type="checkbox"/> Sjúkraliði _____ %
<input type="checkbox"/> Hjúkrunarfræðingur - heimahjúkr. _____ %	<input type="checkbox"/> Matvælafræðingur _____ %	<input type="checkbox"/> Sjúkranuddari _____ %
<input type="checkbox"/> Hjúkrunarfræðingur - skurðstofa _____ %	<input type="checkbox"/> Náttúrufræðingur _____ %	<input type="checkbox"/> Sjúkrþjálfari _____ %
<input type="checkbox"/> Hjúkrunarfræðingur - aðrir _____ %	<input type="checkbox"/> Næringarfræðingur _____ %	<input type="checkbox"/> Stoðtækjafraeðingur _____ %
<input type="checkbox"/> Hnykkir _____ %	<input type="checkbox"/> Næringarráðgjafi _____ %	<input type="checkbox"/> Talmeinafræðingur _____ %
<input type="checkbox"/> Iðjuþjálfari _____ %	<input type="checkbox"/> Næringarrekstrarfræðingur _____ %	<input type="checkbox"/> Tannfræðingur _____ %
<input type="checkbox"/> Lífeindafræðingur _____ %	<input type="checkbox"/> Osteópati _____ %	<input type="checkbox"/> Þroskaþjálfari _____ %
<input type="checkbox"/> Ljós móðir _____ %		
<input type="checkbox"/> Fæðingar eingöngu	Hve margar fæðingar á ári? _____	
<input type="checkbox"/> Fæðingar og ungbarnaeftirlit	Hve margar fæðingar á ári? _____	
<input type="checkbox"/> Mæðra- og ungbarnaeftirlit eingöngu		
<input type="checkbox"/> Annað, tilgreinið: _____		

4.0

Er óskað eftir sólarlagsvernd? Já Nei

5.0

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

6.0

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

7.0

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

Tímabil

Starfsstöð

_____	_____
_____	_____
_____	_____

8.0

Hvar hefur þú starfsstöð? _____ Starfshlutfall _____ %
 _____ Starfshlutfall _____ %
 _____ Starfshlutfall _____ %

9.0

Hefur annað váttryggingafélag hafnað umsókn um samskonar tryggingu? Já Nei
 Hafa verið gerðar bótakröfur á umsækjanda, váttryggingartaka eða starfsmenn hans? Já Nei
 Er umsækjanda eða váttryggingartaka kunnugt um hugsanleg málaferli eða gerðardómsmál? Já Nei
 Er umsækjanda eða váttryggingartaka kunnugt um einhver mistök af hans hálfu eða starfsmanna hans sem leitt gætu til bótakröfu? Já Nei
 ATH: Sé svar við einum eða fleiri af liðum hér að ofan jákvætt þarf greinargerð að fylgja umsókn.

10.0

Annað sem umsækjandi vill greina frá: _____

Ég lýsi því hér með yfir að þær upplýsingar sem koma fram í þessari beiðni eru réttar samkvæmt bestu vitund, engum upplýsingum hefur verið haldið leyndum. Mér er ljóst að upplýsingar þessar grundvalla skilmála, iðgjöld og eigin áhættu og að mér ber að upplýsa félagið ef þær breytast. Ég hef kynnt mér skilmála váttryggingarinnar og samþykki þá og geri mér grein fyrir að váttryggingin tekur ekki gildi fyrr en beiðnin hefur verið samþykkt af félaginu og að hún sé þá hluti af váttryggingarsamning ef hann kemst á. Ég átta mig á að þessi upplýsingagjöf mín er í samræmi við skyldur mínar skv. lögum um váttryggingasamninga nr. 30/2004.

Vakin er athygli á því að rangar upplýsingar geta valdið missi váttryggingabóta.

Félagið áskilur sér rétt til þess að hafna beiðninni án sérstaks rökstuðnings.

Staður og dagsetning

Undirskrift váttryggingartaka

Undirskrift váttryggðs (ef annar en váttryggingartaki)

Fyllist út af Váttryggingafélagi Íslands hf.

Samþykkt af

Dagsetning