



UMSÓKN UM SJÚKLINGATRYGGINGU FYRIR HEILBRIGÐISSTOFNANIR

(samanber lög númer 111/2000 og reglugerð númer 763/2000)

I. Vátryggingartaki

Nafn _____ Kennitala _____
Heimilisfang _____ Póstnúmer _____
Staður _____ Netfang _____
Sími _____ Vinnusími _____ Farsími _____

II. Starfsemi

Merkið við hvaða starfsemi vátryggingartaki tilheyrir:

- Sjúkrahús
 Heilbrigðisstofnun (þar með talið lyfsölur, rannsókn- og röntgenstofur)
 Heilsugæslustöð
 Hjúkrunar- og/eða dvalarheimili eða hjúkrunardeild
 Sjúkraflutningar

Stutt lýsing á starfsemi vátryggingartaka:

Starfsmenn vátryggingartaka:

Starfsheiti	Fjöldi stöðugilda	Starfsheiti	Fjöldi stöðugilda
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

III. Tjónayfirlit

- a) Hafa verið gerðar bótakröfur á váttryggingartaka vegna mistaka í starfi? Já Nei
- b) Er váttryggingartaka kunnugt um hugsanleg málaferli eða gerðardómsmál? Já Nei
- c) Er váttryggingartaka kunnugt um einhver mistök sem leitt gætu til bótakröfu? Já Nei

Ef svar við a, b eða c er jákvætt skal gera sérstaklega grein fyrir því hér:

Annað sem umsækjandi vill að komi fram:

Frá hvaða tíma er óskað eftir að váttryggingin taki gildi? _____ (dagur/mánuður/ár)

IV. Yfirlýsing

Ég umsækjandi legg það við drengskap minn fyrir hönd váttryggingartaka að framangreindar upplýsingar eru réttar og gefnar eftir bestu vitund. Váttryggingartaki gerir sér grein fyrir að framangreindar upplýsingar eru lagðar til grundvallar varðandi töku tryggingarinnar og að rangar upplýsingar geta valdið missi bótaréttar.

Váttryggingin tekur ekki gildi fyrr en umsóknin hefur verið samþykkt af félaginu.

Staður og dagsetning

Undirskrift umsækjanda