



TJÓNSTILKYNNING SJÚKRAHÚSLEGA / UMÖNNUNARBÆTUR BARNA

Útfyllist af sjúklingi eða forráðamanni

Sjúkrahúslega Umönnunarbætur barna

Óskað er eftir að spurningum sé svarað eins ítarlega og hægt er, en það stuðlar að því að meðhöndlun málsins taki styttri tíma. Með tjónstilkynningunni þarf að senda öll gögn sem máli geta skipt í sambandi við tjónið.

I. Almennar upplýsingar

Nafn sjúklings _____ Kennitala _____

Heimili _____ Póstnúmer _____ Staður _____

Heimasími _____ Farsími _____ Vinnusími _____

Netfang _____

Nafn váttryggingartaka _____

Kennitala váttryggingartaka _____

II. Upplýsingar um veikindin/slysið

Ástæða innlagnar á sjúkrahús Veikindi Slys Annað _____

Slysdagur eða fyrsti veikindadagur _____ / _____ / _____

Lýsing á tildrögum slyss og áverkum eða heiti sjúkdóms og sjúkdómslýsing (ítarlegt)

Tengist slysið / veikindin neyslu áfengis eða lyfja? Já Nei

Ef já, lýsið nánar _____

Tengjast slysið / veikindin fyrri sjúkdómum eða slysum? Já Nei

Ef já, hvernig? _____

III. Læknismeðferð

Heiti sjúkrahúss/meðferðarstofnunar _____

Staðsetning _____

Tímabil innlagnar frá _____ til _____

Nafn meðferðarlæknis _____ Aðsetur _____

Nafn heimilislæknis _____ Aðsetur _____

IV. Aðrar upplýsingar

V. Upplýsingar um tilhögun bótagreiðslna

Ef til greiðslu bóta kemur óskast þær greiddar inn á bankareikning:

Nr. banka _____ Hb _____ Reikningsnúmer _____ Kennitala _____

Þar sem félaginu er lögskilytt að draga staðgreiðslu af greiddum dagpeningum og skila til ríkissjóðs, getur tjónþoli skilað skattkorti sínu inn til Tryggingamiðstöðvarinnar til að geta nýtt sér persónuafsláttinn.

Undirrituð/aður vottar hér með að ofangreind svör mín og upplýsingar eru samkvæmt minni bestu vitund rétt og sannleikanum samkvæmt og er þar ekki leynt atriðum sem kunna að skipta máli við ákvörðun félagsins um bótarétt og bótafjárhæð. Mér er ljóst að röng eða ófullnægjandi svör kunna að hafa áhrif á bótarétt.

Undirskrift

Staður og dagsetning

VI. Heimild til vinnslu viðkvæmra persónuupplýsinga

Svo Tryggingamiðstöðin hf. geti lagt mat á hvaða áhrif tjónsatvik hafa haft á heilsufar mitt og starfsgetu, bæði tímabundið og varanlega, og rétt minn til bóta geri ég mér grein fyrir að nauðsynlegt er að afla sem ítarlegasta og gleggstra upplýsinga um heilsufar mitt fyrir og eftir tjónsatvik, bæði hvað varðar tjónsatvikið sjálf, aðra sjúkdóma og önnur slys, svo og um vinnugetu mína að öðru leyti fyrir og eftir tjónsatvik.

Hér með veiti ég því Tryggingamiðstöðinni hf. óskoraða heimild til að afla upplýsinga, þar á meðal úr sjúkraskrá, hjá læknum, sjúkrastofnunum (svo sem sjúkrahúsum og heilsugæslustöðvum), Tryggingastofnun ríkisins, Sjúkra-tryggingum Íslands og váttryggingarfélagum um heilsufar mitt og starfsgetu fyrir og eftir veikindin, bæði vegna sjálfra veikindinna og annarra sjúkdóma og slysa, allt eftir því sem nauðsynlegt þykir vegna mats á bótarétti mínum. Í heimild þessari felst einnig heimild til starfsmanna sjúkrastofnana til að vinna þær upplýsingar sem Tryggingamiðstöðin hf. óskar eftir. Jafnframt heimila ég félaginu að afla nauðsynlega upplýsinga frá Vinnueftirliti ríkisins, sem og skattayfirlögdum varðandi staðgreiðslu og/eða reiknað endurgjald eftir því sem við á.

Upplýsingar, sem aflað er samkvæmt heimild þessari, má einungis nota við meðferð máls míns hjá Tryggingamiðstöðinni hf. og eftir atvikum gerð örorkumats eða annars sambærilegs mats, telji ég eða Tryggingamiðstöðin hf. nauðsynlegt að slíkt mat fari fram.

Upplýsingar og skjallag gögn (svo sem læknisvottorð, afrit sjúkraskrár, læknaþréf og þess háttar) sem aflað er samkvæmt heimild þessari má einungis afhenda þeim starfsmönnum Tryggingamiðstöðvarinnar hf. sem annast afgreiðslu málsins. Telji Tryggingamiðstöðin hf. nauðsynlegt að afla sérfræðilíts lækni í tengslum við meðferð máls míns er félaginu jafnframt heimilt að afhenda lækni gögnin. Ef nauðsynlegt reynist að höfða dómssál til heimtu bótanna er enn fremur heimilt að leggja gögnin fram í því dómssáli. Hver sál er upplýsingar fær samkvæmt heimild þessari skal ætíð gæta fyllsta trúnaðar varðandi upplýsingarnar og öll gögn skulu varðveitt þannig að óviðkomandi hafi ekki aðgang að þeim.

Heimild þessa get ég afturkallað hvenær sem er.

Tjónsdagsetning

Nafn tjónpola

Kennitala

Staður og dagsetning

Undirskrift tjónpola