

Útfyllist af slasaða

## ALMENNAR UPPLÝSINGAR

Nafn slasaða \_\_\_\_\_ Kennitala \_\_\_\_\_  
Heimili \_\_\_\_\_ Póstnúmer \_\_\_\_\_ Staður \_\_\_\_\_  
Heimasími \_\_\_\_\_ Vinnusími \_\_\_\_\_ Gsm \_\_\_\_\_ Netfang \_\_\_\_\_  
Vinnustaður á slysdegi \_\_\_\_\_ Starfsheiti \_\_\_\_\_ Starfshlutfall \_\_\_\_\_ %  
Stéttarfélag \_\_\_\_\_ Lífeyrissjóður \_\_\_\_\_  
Nafn váttryggingartaka (ef annar en slasaði) \_\_\_\_\_ Kennitala \_\_\_\_\_

## UPPLÝSINGAR UM SLYSIÐ

Slysstaður \_\_\_\_\_ Dags. \_\_\_\_\_ kl. \_\_\_\_\_

Hvernig bar slysið að? (ítarlegt) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Merkið við allt sem  
við á:

- Umferðarslys  
 Frítímaslys  
 Slys í vinnutíma  
 Á leið til/frá vinnu  
 Íþróttaiðkun  
 Annað

Kom lögregla á slysstað?  Já  NeiUrðu sjónarvottar að slysinu?  Já  Nei Ef já, hver? \_\_\_\_\_Telur þú annan bera ábyrgð á slysinu?  Já  Nei Ef já, hvern? \_\_\_\_\_Varst þú undir áhrifum áfengis/lyfja?  Já  Nei Ef já, lýsið nánar \_\_\_\_\_

## AFLEIÐINGAR

Lýsing á meiðslum og líkamlegum afleiðingum \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Ert/varst þú óvinnufær vegna slyssins?  Já  Nei

Ef já, tilgreindu tímabil og hlutfall óvinnufærni Frá \_\_\_\_\_ Til \_\_\_\_\_ Hlutfall \_\_\_\_\_ %

Mun óvinnufærni hafa áhrif á tekjur?  Já  Nei Ef já, frá hvaða tíma? \_\_\_\_\_

## LÆKNISMEÐFERÐ

Hvenær var fyrst leitað meðferðar vegna slyssins? \_\_\_\_\_  Hef ekki leitað læknis/meðferðar

Hvert var leitað fyrst eftir slysið? \_\_\_\_\_

Nafn heimilislæknis \_\_\_\_\_

Aðsetur \_\_\_\_\_

Nöfn annarra lækna/meðferðarstofnana \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Aðsetur \_\_\_\_\_

Útfyllist af slasaða

## FYRRA HEILSUFAR

Áttir þú við meiðsli að stríða fyrir slysið?  Já  Nei Ef já, hver? \_\_\_\_\_Áttir þú við veikindi að stríða fyrir slysið?  Já  Nei Ef já, hvern? \_\_\_\_\_Hefur þú áður legið á sjúkrahúsi vegna veikinda eða slyss?  Já  Nei Ef já, hvenær og hvers vegna? \_\_\_\_\_Hefur þú verið metin(n) til örorku?  Já  Nei Ef já, hvenær? \_\_\_\_\_

## AÐRAR UPPLÝSINGAR

**Upplýsingar um tjónið verða skráðar í Tjónagrunn sem Samtök fjármálafyrirtækja sjá um rekstur á og má ætla að tjónasaga verði könnuð við afgreiðslu málsins.**

Ég lýsi því hér með yfir að ég hef svarað öllum spurningum eftir bestu samvisku og hvorki leynt né ranglega tilgreint upplýsingar sem skipt geta máli um ákvörðun bótaskyldu eða bótafjárhæðar. Ég heimila félaginu að afla upplýsinga og gagna frá öðrum aðilum, m.a. öðrum tryggingafélögum og lögreglu, eftir því sem þörf krefur til ákvörðunar bótaréttar og bótafjárhæðar.

Bótagreiðslur óskast lagðar inn á bankareikning nr. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ kt. \_\_\_\_\_

Staður og dagsetning

Undirskrift slasaða

## Útfyllist af tjónþola

Ég heimila Sjóvá að afla allra upplýsinga og gagna frá læknum, sjúkrastofnunum og öðrum meðferðaraðilum er varða heilsufar mitt og einnig fyrri/síðari sjúkdóma og slys sem félagið telur geta skipt máli við mat á bótakröfu þessari. Í framangreindu felst meðal annars heimild til aðgangs að hvers kyns upplýsingum í sjúkraskrá minni eftir því sem félagið telur nauðsynlegt. Jafnframt heimila ég Sjóvá að afla allra nauðsynlegra upplýsinga og gagna frá Sjúkratryggingum Íslands og Tryggingastofnun ríkisins, lífeyrissjóðum, sjúkrasjóðum stéttarfélaga, skattfyrirvöldum, núverandi

eða fyrrverandi vinnuveitanda, Vinnueftirliti ríkisins, lögreglu og frá vátryggingafélögum eftir því sem þörf krefur til ákvörðunar bótaréttar og bótafjárhæðar.

Í framangreindri yfirlýsingu felst upplýst samþykki til vinnslu viðkvæmra persónuupplýsinga skv. lögum nr. 90/2018, en unnt er að afturkalla það með skriflegri yfirlýsingu til félagsins. Farið er með allar upplýsingar sem trúnaðarmál og aðgangur ekki veittur að þeim umfram það sem nauðsynlegt er vegna vinnslu málsins nema samkvæmt skýru umboði. Ófullnægjandi svör kunna að hafa áhrif á bótarétt minn.

Tjónsdagsetning

Staður og dagsetning

Undirskrift tjónþola

Kennitala