

Útfyllist af sjúklingi

ALMENNAR UPPLÝSINGAR

Nafn sjúklings _____ Kennitala _____
Heimili _____ Póstnúmer _____ Staður _____
Heimasími _____ Vinnusími _____ GSM _____ Netfang _____
Vinnustaður _____ Starfsheiti _____ Starfshlutfall _____ %
Stéttarfélag _____ Lífeyrissjóður _____
Nafn váttryggingartaka (ef annar en sjúklingur) _____ Kennitala _____

UPPLÝSINGAR UM VEIKINDIN

Heiti sjúkdóms _____
Hvenær komu einkenni fyrst fram? _____ Hver var fyrsti veikindadagur með fjarveru úr vinnu? _____
Lýsing á sjúkdómseinkennum og áhrifum á líkamlega/andlega heilsu (ítarleg) _____

Tengjast veikindin neyslu áfengis eða lyfja? Já Nei Ef já, lýsið nánar: _____

Tengjast veikindin fyrri sjúkdómum eða slysum? Já Nei Ef já, hvernig? _____

Hvert er hlutfall óvinnufærni? 100% 75% 50% 25% Vinnufær að fullu
Hversu lengi gerir þú ráð fyrir að vera óvinnufær? _____

LÆKNISMEÐFERÐ

Hvenær var fyrst leitað meðferðar vegna veikindanna? _____ Hef ekki leitað lækni / meðferðar
Hvert var leitað í upphafi veikinda? _____
Nafn heimilislækni _____ Aðsetur _____
Nöfn og aðsetur annarra lækna / meðferðarstofnana _____

FYRRA HEILSUFAR

Varstu heilsuhraust(ur) og að fullu vinnufær áður en veikindin komu upp? Já Nei Örorkulífeyrisþegi
Hefurðu áður fengið sama/sambærilegan sjúkdóm? Já Nei Hvenær síðast? _____
Hefur þú áður legið á sjúkrahúsi vegna veikinda eða slysa? Já Nei Hefur þú verið metinn til örorku? Já Nei
Nánari skýringar _____

Útfyllist af sjúklingi

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. Það á þó ekki við ef um sjúkdómatryggingu er að ræða.

Undirrituð/ður votta 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 minn.

Bótagreiðslur óskast lagðar inn á bankareikning nr. _____ - _____ - _____ kt. _____

Staður og dagsetning

Undirskrift sjúklings

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 bótaþrófu 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 stéttarfélaganna, 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 bóta rétt minn.

Tjónsdagsetning

Staður og dagsetning

Undirskrift tjónþola

Kennitala