

Vinsamlega fyllið vel út í alla reiti. Allar upplýsingar sem upp eru gefnar eru meðhöndlaðar sem trúnaðarmál af hálfu félagsins.

1. Vátryggingartaki (greiðandi)

Nafn		Kennitala	
Heimilisfang		Staður og póstr.	
Tengiliður	Sími	e-mail	

2. Vátryggingin

Óskað er eftir því að vátryggingin gildi fyrir eftirtalda eftirtalda vátryggingaskylda heilbrigðisstarfsmenn.

Nafn	Kennitala	Hvenær réttindi

Aðrir starfsmenn

Starfsheiti	Fjöldi stöðugilda

Vátryggingafjárhæð ef önnur en lögboðin _____

Vátryggingin taki gildi frá dags. _____

3. Starfsemin

Vinsamlega greinið stuttlega frá starfsemi vátryggingartaka og á hvaða sviði starfsemin er.

4. Yfirlýsingar

Hefur einhver hinna váttryggðu orðið bótaskyldur vegna mistaka í starfi?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já
Ef svo er vinsamlegast tilgreinið nánar hér að neðan.		
Hefur einhver hinna váttryggðu vitneskju um eða ástæðu til að ætla að á hann verði gerð krafa sem enn er ekki komin fram?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já
Ef svo er vinsamlegast tilgreinið hér að neðan.		
Hefur einhverjum hinna váttryggðu verið hafnað umsókn um samskonar váttryggingu af einhverju váttryggingafélagi?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já
Ef svo er vinsamlegast skýrið nánar.		

5. Undirritun og yfirlýsing

Ég undirritaður staðfesti að upplýsingar sem fram koma á þessari váttryggingabeiðni eru réttar skv. bestu vitund. Ég undirritaður geri mér jafnframt grein fyrir því að rangar upplýsingar geta leitt til takmörkunar eða missis bótaréttar skv. lögum um váttryggingarsamninga nr. 20/1954

Staður/dagsetning

Undirritun váttryggingartaka

Undirritun váttryggingamiðlara/starfsmanns