

GRUNNUPPLÝSINGAR

Nafn vátryggðs:

Kennitala:

Skráð heimilisfang:

Nafn þess sem tilkynnir vátryggðan atburð:

Heimilisfang búsetu:

Símanúmer:

Netfang:

LÝSING Á VÁTRYGGÐUM ATBURÐI

Dagssetning og staður atburðar:

Lýsing á vátryggða atburðinum:

Nafn og staður heimilislæknis:

Vinsamlegast skilið viðeigandi gögnum (læknaskýrslu vátryggðs frá heimilislækni eða sambærilegri stofnun, staðfestingu á forræði ef um ólöggráða einstakling er að ræða, yfirlýsingu um umsýslu dánarbús eða tengiliðaupplýsingar lögmanns).

TENGILIÐUR EÐA FORSJÁRADILI VÁTRYGGÐS

Nafn:

Eftirnafn:

Símanúmer:

Netfang:

Heimilisfang:

GREIÐSLUUPPLÝSINGAR VEGNA BÓTAKRÖFU

Reikningsnúmer:

Með undirritun minni, staðfesti ég að ég hef að sjálfsdáðum og af einlægni skilað öllum nauðsynlegum upplýsingum.

NOVIS og samstarfsaðilar þess eru að bundin reglum persónuverndar hvað varðar vinnslu á þessum upplýsingum og er þær eingöngu notaðar í þeim tilgangi að meta vátryggðan atburð. Starfsmenn NOVIS og samstarfsaðilar eins og tryggingaráðgjafar eða læknar eru jafnfram bundin trúnaði í samræmi við viðeigandi lög og persónuverndarlög.

Dagssetning undirritunar

Undirskrift vátryggð