

Slysatilkynning - (vinsamlegast sendið læknisskýrslu með)



Tryggingarskírteini númer		Tjónanúmer (útfyllist af starfsmanni Allianz)	
Dagsetning slyss		Staðsetning slyss (land, póstnúmer, sveitarfélag)	
Tryggingartaki (eftirnafn, fornafn)		Hinn tryggði/hin tryggða (eftirnafn, fornafn)	Fæðingardagur
Gata, húsnúmer		Gata, húsnúmer	
Land, póstnúmer, sveitarfélag		Land, póstnúmer, sveitarfélag	
Sími/símbréf heima	Sími/símbréf vinnu	Sími/símbréf heima	Sími/símbréf vinnu
Starf		Starf	

Greiðslur til bankastofnunar	Bankanúmer	Reikningsnúmer	Reikningseigandi
------------------------------	------------	----------------	------------------

Lýsing á slysi

Hvaða hlutar líkamans meiddust/tegund meiðsla	Frá vinnu vegna slyssins Frá til
---	-------------------------------------

Sjúkrahúslega Frá til

Fyrsta meðhöndlun vegna slyss, heimilisfang læknis/sjúkrahúss	Veikindi (einning áður)/ fötlun/fyrri slys	<input type="checkbox"/> já	<input type="checkbox"/> nei
---	--	-----------------------------	------------------------------

Framhaldsmeðhöndlun. Heimilisfang læknis/sjúkrahúss	Samgöngutæki sem notað var
---	----------------------------

Þátttakendur í slysinu, vitni að slysinu	Var hinn slasaði stjórnandi farartækisins?	<input type="checkbox"/> já	<input type="checkbox"/> nei
	Hafði hann tilskilin ökuleyfi?	<input type="checkbox"/> já	<input type="checkbox"/> nei
	Aðrar slysatryggingar (einnig ógildar)	<input type="checkbox"/> já	<input type="checkbox"/> nei

Ef já, hverjar (fyrirtæki, heimilisfang, tryggingarnúmer)

Lögreglustöð, dagbók nr.

Hafði hinn slasaði drukkið áfengi, tekið lyf eða fíkniefni innan við 12 tímum fyrir slysið?	<input type="checkbox"/> já	<input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> Slyss við heimilisstörf	<input type="checkbox"/> Slyss innan heimilisins
Var tekin blóðprufa af hinum slasaða?	<input type="checkbox"/> já	<input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> Umferðaslys	<input type="checkbox"/> Slyss við starf eða nám
			<input type="checkbox"/> Önnur tegund slyss	

Læknar sem hafa meðhöndlað eða skoðað hinn tryggða, einning í öðrum tilfellum, sem og önnur tryggingarfélag, eru hvattir til að gefa allar nauðsynlegar upplýsingar.

Ábending vegna upplýsingaverndar: Upplýsingar sem nauðsynlegar eru til úrvinnslu á tryggingunni og útborgun bóta munu verða skráðar hjá Allianz.

Yfirlýsing: Ofangreindum spurningum hef ég samkvæmt bestu vitund svarað satt og rétt. Mér er kunnugt um að ef ég gef meðvitað röng svör eða ófullnægjandi má ég eiga vona á að missa tryggingabótarétt minn, einnig þó að svör mín hafi engar afleiðingar fyrir tryggingarfélag mitt.

Staður, dagsetning	Undirskrift tryggingartaka	Undirskrift hins slasaða eða umboðsmanns hans
--------------------	----------------------------	---