

## Vegleiðing til umsókn um útgjald av tryggingarupphædd fyri ávísar bráðsjúkur - børn

Áðrenn umsóknin kann viðgerast, eru nøkur praktisk viðurskifti, vit vilja gera vart við.

- **Umsókn um útgjald fyri ávísar bráðsjúkur - børn**  
Fyll út teigarnar 1 - 8 á umsóknarblaðnum. Tað er umráðandi, at tú fyllir út allar teigarnar.
- **Tín váttan**  
Undir teiginum “Tín váttan” biðja vit teg skriva undir samtykkið. Samtykkið er neyðugt, skal NordikLív kunna útvega sær ískoytisupplýsingar frá BankNordik. Tað kunnu vera upplýsingar um, nær tú varðst fevnd/ur av ella møguliga meldað/ur úr bólkalívstryggingini. Tú samtykkir samstundis, at NordikLív kann geva BankNordik upplýsingarnar.
- **Samtykkisváttan**  
Vit biðja teg skriva undir samtykkisváttanina FP 607, til tess at upplýsingar um teg kunnu verða fingnar til vega og latnar víðari.

### Hví skalt tú geva samtykki?

Fyri at kunna meta um tína áheitan um útgjald frá tryggingini skal NordikLív hava upplýsingar um sjúkuna hjá barni tínum. Vanliga hevur NordikLív tørv á upplýsingum um sjúkuna hjá barninum og um møguliga viðgerð.

Í nógvum førum eru tær upplýsingar, ið standa á áheitanini um útgjald frá tryggingini, ikki nóg mikið hjá NordikLív. Upplýsingar, sum ikki eru heilt nýggjar, kunnu vera ringar at minnst. NordikLív tørvar tí at kunna útvega slíkar upplýsingar frá sjúkrahúsum, serlæknum og øðrum heilsupersónum, sum vita um umstøðurnar og kunnu skjalprógva upplýsingarnar við sjúkradagbókum, máls skjølum o.ø. Upplýsingarnar í málinum verða viðgjørðar í trúnaði sambært lóg.

- **Foreldramyndugleiki**  
Hevur tú fullan foreldramyndugleika, skal bara tú skriva undir samtykkisváttanina. Hevur tú felags foreldramyndugleika, skulu báðir partar, skriva undir samtykkisváttanina.  
  
Avrit av dóps- ella navnbrævi hjá barninum verður sent saman við.
- Tá ið tú hevur fyllt allar teigar út, verður umsóknarblaðið sent NordikLív. Tá ið vit hava fingið umsóknarblaðið, skriva vit alt fyri eitt til viðkomandi sjúkrahús og fáa tína sjúkradagbók. Hevur tú eitt avrit av sjúkradagbókini, heita vit á teg um at senda tað við. Tað kann skunda undir málsviðgerðina.
- **Lógarreglur og tryggingartreytir**  
Vanligu ásetingarnar í føroyskum rættarreglum um tryggingaravtalur og føroysk lóggáva annars verða nýttar, víkja ásetingarnar í bólkalívsavtaluni ikki frá lógini.

Fyri bólkalívsavtaluna galda tryggingartreytirnar: “Fulnaður fyri ávísar bráðsjúkur sum ískoyti til bólkalívsavtalur og tryggingartreytir hjá NordikLív” og “Tryggingartreytir fyri Bólkalívstrygging”.

# NORDIKLÍV

## Umsókn um útgjald í sambandi við ávísar bráðsjúkur - börn

Vinarliga fyll teigarnar út við spjaldrastavum:

|   |
|---|
| Tryggingartakarans/verjans<br>Navn: _____<br>Bústaður: _____<br>P-tal: _____ Telefon nr.: _____<br>Teldupostur: _____         |
| Navn barnsins: _____<br>Bústaður: _____<br>P-tal: _____   |
| 1 Hvussu nevnist sjúkan?  |
| 2 Nær gjørdist barnið sjúkt? (dagur og ár ella dagur, sjúkuavgerð varð tikin)   |
| 3 Hvar og nær varð barnið kannað/ viðgjørt á fyrsta sinni? (sjúkrahús / serlækni - dagfesting og ár)                          |
| 4 Skriva sjúkrahús og deildir, har barnið hevur fingið viðgerð:   |
| 5 Nær og hvussu leingi hevur barnið verið innlagt?  |
| 6 Hevur barnið áður havt bráðsjúku <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> JA<br>Um ja:<br>Hvørja og nær? _____ |
| 7 Navn á lækna hjá barni, bústaður og tlf.nr.   |

## TÍN VÁTTAN

8. Áðrenn vit kunnu viðgera umsóknina, er tað umráðandi, at tú fyllir hetta út:

### SAMTYKKI

Eg gevi mítt samtykki til, at NordikLív kann útvega og lata víðari viðkomandi upplýsingar til BankNordik. Tað kunnu vera upplýsingar um:

- Nær eg varð fevnd/ur av ella meldaður úr bólkalívstryggingini
- Málsúrslit

Dagfesting \_\_\_\_\_ Undirskrift \_\_\_\_\_

### BANKAFYLGISKJAL

Hevur tú rætt til tryggingarupphæddina, skriva so ta kontu, hagar tryggingargjaldið skal verða flutt:

Navn á peningastovni: \_\_\_\_\_

Bústaður: \_\_\_\_\_

Skrásetingar. nr.: \_\_\_\_\_ Kontu nr.: \_\_\_\_\_

**Skal tryggingarupphæddin verða flutt til banka uttanlands, skriva so eisini:**

SWIFT/BIC kotu: \_\_\_\_\_

Bankakotu\* \_\_\_\_\_ Konto nr./IBAN \_\_\_\_\_

\* Sorting, Fedwire, Bankleitzahl, Routing no.

## FP 607 - Samtykki um at fáa til vega og senda víðari heilsuupplýsingar um børn, sum foreldramyndugleikin hevur givið - tryggingarmál

Navn barnsins:

P-tal:

Avtalunr:

### Eg samtykki við hesum, at

- NordikLív/FG kann fáa til vega, brúka og senda víðari tær upplýsingar um barnið, sum NordikLív/FG metir vera neyðugar fyri at kunna meta um viðkomandi mál um tekning/broyting av trygging.
- Tey, sum NordikLív/FG fær upplýsingar til vega frá, kunnu senda upplýsingarnar víðari, sum NordikLív/FG hevur biðið um.

### Hvørjum kunnu upplýsingar fáast til vega frá /sendast víðari til?

- Sjúkrahús, læknar og aðrir góðkendir persónar í heilsuverkinum, almennir myndugleikar, t.d. kommunur, Føroya Vanlukkutryggingarráð og Arbejdsskadestyrelsen umframt tryggingarfeløg og Videncenter for Helbred & Forsikring.

### Hvørjar upplýsingar kunnu verða skiftar um?

- Heilsuupplýsingar, undir hesum sjúkuupplýsingar og upplýsingar um samband við heilsuverkið umframt upplýsingar um sosial viðurskifti og onnur viðurskifti.

Samtykkið fevnir um upplýsingar fram til tíðina, tá NordikLív/FG hevur tikið støðu til kravið.

### Tíðaravmarking, fráboðan v.m.

Samtykkið er galdandi í eitt ár. Eg/vit kann/kunnu til hvørja tíð taka aftur samtykkið og/ella fáa rættað/strikað móguligar skeivar ella villleiðandi upplýsingar. Tey, ið eru við í viðgerðini av málinum hjá barninum, verða kunnað um mítt/okkara samtykki.

Eg/vit fáí/fáa boð, hvørja ferð NordikLív/FG fær til vega upplýsingar. Eg/vit verði/verða kunnað/ur um, hví upplýsingarnar verða fingnar til vega, hvørjar upplýsingar verða fingnar til vega og sendar víðari, og fyri hvat tíðarskeið umframt hvørjum upplýsingarnar stava frá.

Er **felags foreldramyndugleiki**, **skulu** bæði foreldur undirskriva samtykkið niðanfyri, uttan so at fulltrú er til taks, ið gevur undirskrivandi ánara av foreldramyndugleikanum rætt til at samtykkja vegna bæði. Ein mógulig fulltrú skal leggjast hjá umsóknini.

**Set kross, um felags foreldramyndugleiki er**

**Ánari av foreldramyndugleika 1**

Dagfesting: \_\_\_\_\_ P-tal: \_\_\_\_\_

Undirskrift: \_\_\_\_\_

**Ánari av foreldramyndugleika 2**

Dagfesting: \_\_\_\_\_ P-tal: \_\_\_\_\_

Undirskrift: \_\_\_\_\_

**Set kross, um tú hevur fullan foreldramyndugleika**

Dagfesting: \_\_\_\_\_ P-tal: \_\_\_\_\_

Undirskrift: \_\_\_\_\_

**Set kross, um tú ikki hevur foreldramyndugleika**

Dagfesting: \_\_\_\_\_ P-tal: \_\_\_\_\_

Undirskrift: \_\_\_\_\_

**Verður sent við brævi til  
NordikLív, Oknarvegur 5, 110 Tórshavn**

Váttanin um samtykki er avtalað millum Lægeföreningen og Forsikring og Pension.