

Félagsnúmer (útfyllt af FLM): \_\_\_\_\_

Nafn: \_\_\_\_\_ Kennitala: \_\_\_\_\_ Netfang: \_\_\_\_\_

Menntun: \_\_\_\_\_ Starfsheiti: \_\_\_\_\_ GSM: \_\_\_\_\_

Vinnuveitandi: \_\_\_\_\_ Kennitala: \_\_\_\_\_ Sími: \_\_\_\_\_

Nafn launafulltrúa: \_\_\_\_\_ Netfang launafulltrúa: \_\_\_\_\_

Samþykki á skilyrðum fyrir bótum úr sjúkrasjóði/vátryggingavernd sjúkrasjóðs FLM og til að heimila ráðgjafa hjá sjúkrasjóði og/eða tjónasérfræðingum hjá vátryggingafélagi aðgang að upplýsingum og vinnslu þeirra vegna persónutjóna.

Ég geri mér grein fyrir að samþykki mitt hér er grundvöllur aðildar að FLM og skilyrði fyrir inngöngu í sjúkrasjóð FLM.

#### Mér er ljóst að:

- skilyrði fyrir greiðslu dagpeninga, örorkubóta, bóta úr sjúkdómatryggingu eða dánarbóta úr sjúkrasjóði FLM er að félagsmaður hafi verið heilsuhraustur og vinnufær óslitið síðustu 3 mánuði fyrir undirritun samþykkis þessa;
- sjúkrasjóður FLM greiðir ekki dánarbætur, örorkubætur, bætur úr sjúkdómatryggingu eða bætur vegna óvinnufærni, af völdum atvika, slysa eða sjúkdómsástands eða afleiðinga þeirra, sem félagsmanni var kunnugt um eða mátti vera kunnugt um og til voru komin fyrir undirritun samþykkis þessa. Hið sama á við um breytingu á heilsufari er kann að verða á tímabili þar sem félagsaðild er ekki í gildi;
- eftirfarandi varúðarregla á við: mér ber að leita læknis strax eftir að slys eða sjúkdóm hefur borið að höndum, gangast undir nauðsynlegar læknisaðgerðir og fara í öllu að fyrirmælum læknis;
- á hverjum tíma er tilgreint lágmarks ársiðgjald sem er skilyrði þess að ég njóti dánarbóta;
- dánarbætur og vátryggingafjárhæðir hópsjúkra- og hópsjúkdómatrygginga eru tilgreindar í bótatöflum sem finna má á flm.is. Þær miðast við árslaun félagsmanns á síðastliðnu almanaksári, enda hafi félagsmaður greitt félagsgjald til Félags lykilmanna allt árið. Hafi félagsmaður greitt félagsgjald til Félags lykilmanna í skemmri tíma skulu árslaun miðuð við meðallaun hans á því tímabili sem félagsgjöld voru greidd. Félagsmaður skal framvísa til vátryggingafélagsins þeim upplýsingum sem það kann að óska eftir til staðfestingar á árslaunum vegna bótauppgjör;
- til staðar er réttur til framhaldstryggingar í líftryggingu og sjúkdómatryggingu, sbr. ákvæði vátryggingaskilmála;
- stjórn sjúkrasjóðs FLM er heimilt, að hluta eða öllu leyti, að semja við vátryggingafélag með starfsleyfi á Íslandi um vátryggingavernd sjóðfélaga og vátryggingaskilmála og að á gildistíma slíks samnings fer tjónaþjónusta, þ.m.t. móttaka tjónstilkynninga, ákvörðun bótaskyldu og greiðsla tjónabóta alfarið fram hjá vátryggingafélaginu;
- aðalfundur ákveður iðgjald og lágmarksíðgjald hverju sinni og stjórn sjúkrasjóðs FLM hefur heimild til að fjölga eða fækka bótaflokkum í sjúkrasjóðnum eftir tjónareynslu og afkomu hans;
- inngöngubeiðni þessi fellur úr gildi að liðnum 90 dögum frá undirritun hafi fyrsta mánaðarleg iðgjaldsgreiðsla ekki borist FLM;
- líði meira en 90 dagar á milli iðgjaldagreiðslna vegna aðildar félagsmanns fellur niður réttur hans til bóta úr sjúkrasjóði FLM;
- mér ber skylda til að tilkynna FLM um breytingar á tölvupóstfangi mínu, enda samþykki ég að allar tilkynningar frá FLM eða vátryggingafélaginu sem varða trygginguna og breytingar á henni berist á hið skráða tölvupóstfang og teljist réttilega tilkynntar með þeim hætti.

#### Ég heimila:

FLM varðveislu á umsókn þessari;

FLM, að afhenda því vátryggingafélagi og trúnaðarlækni þess sem FLM kann að vera með vátryggingasamning við hverju sinni afrit af umsókn þessari;

FLM og/eða því vátryggingafélagi og trúnaðarlækni þess sem FLM kann að vera með samning við hverju sinni og eftir því sem þörf kann að vera fyrir við ákvörðun á bótarétti og bótafjárhæðum, að afla:

- nauðsynlegra upplýsinga og gagna um fyrri tjón sem kunna að hafa verið til meðferðar hjá öðrum vátryggingafélögum, um tekjur/greiðslur og réttindi frá Tryggingastofnun ríkisins, lífeyrissjóðum, vinnuveitendum og skattayfirvöldum;
- nauðsynlegra upplýsinga hjá læknum, sjúkrastofnunum og öðrum sem kunna að hafa með höndum upplýsingar um heilsufar mitt;
- upplýsinga frá fyrrum/núverandi vinnuveitanda um tímabil óvinnufærni sem rekja má til tilgreinds slyss eða sjúkdóms;
- skýrslna og umsagna frá Vinnueftirliti ríkisins vegna slyss sem kann að tengjast óvinnufærni umsækjanda.

Ég heimila FLM ennfremur, að afla upplýsinga hjá viðkomandi váttryggingafélagi um tjón sem ég kann að hafa tilkynnt, tímabil, hvort slíkt tjón er bótaskyld og bótafjárhæðir. Sömuleiðis heimila ég váttryggingafélaginu að veita FLM framangreindar upplýsingar að eigin frumkvæði, þó ekki viðkvæmar persónuupplýsingar.

Farið er með allar upplýsingar sem trúnaðarmál, en þær munu eingöngu nýttar í því skyni að koma á eða viðhalda inngöngu í FLM, samkvæmt inngöngubeiðni þessari eða til þess að meta hugsanlegan bótarétt.

Félagsmaður getur, samkvæmt skriflegri beiðni, fengið afhent þau gögn sem geymd eða skráð eru um hann hjá sjúkrasjóði FLM.

Við biðjum þig að kynna þér vel persónuverndaryfirlýsingu FLM og þá váttryggingaskilmála sem gilda um tryggingavernd sjúkrasjóðsins. Einkum er vakin athygli á ákvæðum váttryggingaskilmála varðandi greiðslu iðgjalds og áhrif vanskila, ákvæðum um gildissvið, um takmörkun á ábyrgð og varúðarreglur. Sérstök athygli er vakin á því að réttur til örorkubóta, bóta úr sjúkdómatryggingu og bóta vegna óvinnufærni úr sjúkrasjóði FLM glatast ef sá sem á rétt til bóta tilkynnir sjúkrasjóði eða váttryggingafélagi því sem sjúkrasjóðurinn kann að hafa samning við hverju sinni ekki um kröfu sína innan árs frá því að hann fékk upplýsingar um atvik sem bótakrafan er reist á.

Nálgast má persónuverndaryfirlýsingu og váttryggingaskilmála sjóðsins á heimasíðu FLM, [www.flm.is](http://www.flm.is). Þar er einnig að finna upplýsingar um meðferð bótakrafna o.fl. Óskir þú eftir því að fá reglugerð eða skilmála senda í pósti eða frekari upplýsingar um rétt þinn sem aðili að sjúkrasjóði FLM biðjum við þig góðfúslega að hafa samband við skrifstofu FLM í síma 527-0080 eða með tölvupósti á netfangið [flm@flm.is](mailto:flm@flm.is).

Í framangreindri yfirlýsingu felst samþykki til vinnslu persónuupplýsinga samkvæmt gildandi lögum um persónuvernd og vinnslu persónuupplýsinga, en heimilt er að afturkalla samþykki þetta hvenær sem er með skriflegri yfirlýsingu til FLM. Ég geri mér grein fyrir að þar sem umrædd upplýsingaöflun er forsenda fyrir aðild að sjúkrasjóði FLM gæti slík afturköllun hugsanlega haft í för með sér að ekki stofnist til samnings milli mín og FLM, að FLM geti slitið samningnum, eða að til þess geti komið að ekki greiðist út bætur þar sem FLM og/eða það váttryggingafélag sem FLM kann að vera með samning við hafi ekki forsendur til þess að meta bótaskyldu.

**Ég undirrituð/undirritaður veiti með undirskrift minni samþykki mitt fyrir aðgangi að þeim upplýsingum sem hér er lýst með þeim takmörkunum sem hér er getið.**

**Ég undirrituð/undirritaður sæki hér með um inngöngu í FLM og staðfesti með undirskrift minni að ég hef kynnt mér efni þessa skjals og skil hvað í því felst.**

---

Staður og dagsetning

---

Undirskrift umsækjanda