

## Beiðni um sjúkra - og slysatryggingu

Ráðgjafi \_\_\_\_\_

Skírteinisnúmer \_\_\_\_\_

### Leiðbeiningar um útfyllingu.

Sá váttryggðri skal ávallt fylla út váttryggingarbeiðni sjálfur. Við útfyllingu beiðni ber að vera eins nákvæm/ur og mögulegt er. Ef einhver vafi er um hvort einstök atriði skipta máli við mat okkar á beiðni þinni þá vinsamlega skráðu þau niður. Mikilvægt er að skrá meira en minna. Ef mistök eru gerð við útfyllingu beiðni þá vinsamlega notist ekki við leiðréttingarvökva heldur strikið yfir, leiðréttið og setjið upphafsstafi við leiðréttinguna.

Loforð og samkomulag milli mín og ráðgjafa skulu tilgreind á beiðni þessari. Farið er með öll gögn sem trúnaðarmál.

### I. Grunnupplýsingar.

Váttryggður \_\_\_\_\_ Kennitala \_\_\_\_\_

Heimilisfang \_\_\_\_\_ Póstnúmer \_\_\_\_\_ Staður \_\_\_\_\_

Sími \_\_\_\_\_ Farsími \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Netfang \_\_\_\_\_

Váttryggingartaki/greiðandi (ef annar en váttryggður) \_\_\_\_\_

Kennitala \_\_\_\_\_ Heimilisfang \_\_\_\_\_

### II. Atvinna, séráhætta - Allar breytingar á starfi er varða áhættu félagsins ber að tilkynna félaginu.

1. Aðalstarf váttryggðs \_\_\_\_\_ Önnur störf? Nei  Já

Ef já, hvaða? \_\_\_\_\_ Óskast váttryggt? Nei  Já

2. Stundar þú eitthvað sem sérstök áhætta fylgir ss. fjallaklifur, einkaflug, svifflug, svifdrekaflug, fallhlífastökk, köfun, akstursíþróttir eða annað þess háttar sem óskast váttryggt? Nei  Já

Ef já, þá vinsamlega fyllið út viðeigandi eyðublað.

3. Hefur þú í hyggju á næstunni að ferðast til stríðshráðra landa eða þar sem átök geysa? Nei  Já

Ef já, þá vinsamlega tilgreindu nánar land/landsvæði og dvalartíma \_\_\_\_\_

### III. Tryggingategund og váttryggingarfjárhæð. Gildistaka.

#### 1. Slysatrygging

Slysaörorkubætur við 100% örorku \_\_\_\_\_

Dagpeningar á viku (hámark 75% launa) \_\_\_\_\_

Biðtími  2 vikur  4 vikur  8 vikur  12 vikur  26 vikur

Bótatími  1 ár  2 ár  3 ár (ath. að frá dregst biðtími).

#### 2. Sjúkratrygging

Sjúkraörorkubætur við 100% örorku \_\_\_\_\_

Dagpeningar á viku (hámark 75% launa) \_\_\_\_\_

Biðtími  4 vikur  8 vikur  12 vikur  26 vikur

Bótatími  1 ár  2 ár  3 ár (ath. að frá dregst biðtími).

### 3. Dánarbætur vegna slyss kr.

Rétthafi dánarbóta; Dánarbætur greiðast til maka vátryggðs. Sé maki ekki til staðar greiðast þær erfingja skv. lögum eða erfðaskrá. Með orðinu maki er samkvæmt lögum átt við maka í hjúskap eða staðfestri samvist en ekki í óvígðri sambúð.

Ef annarra tilnefninga er óskað skal það tilgreint hér;

Nafn \_\_\_\_\_ kt. \_\_\_\_\_

4. Ert þú með sjúkra – og slysatryggingu í gildi hjá öðru félagi? Nei  Já

Ef já, þá vinsamlega tilgreindu vátryggingarfjárhæð og hjá hvaða félagi \_\_\_\_\_

Á eldra skírteini að ógildast? Nei  Já

Ef já, þá vinsamlega fyllið út uppsögn ef félagið skal segja upp tryggingu

Trygging skal taka gildi;

Strax við samþykkt umsóknar.

Síðar – dagsetning \_\_\_\_\_

5. Hefur beiðni þinni um persónutryggingu verið synjað, frestað eða iðgjald hækkað? Nei  Já

Ef já, hvers vegna? \_\_\_\_\_

### IV. Heilsufarsupplýsingar.

1. Nafn og aðsetur heimilislæknis \_\_\_\_\_

2. Hæð \_\_\_\_\_ Þyngd \_\_\_\_\_ (ef barnshafandi tilgreinið þyngd fyrir þungun)

3. Reykir þú eða hefur þú reykt? Nei  Já

Ef já, hversu mikið daglega \_\_\_\_\_ Reykt frá \_\_\_\_\_ hætt mán. / ár \_\_\_\_\_

4. Hefur þú nú eða áður haft nokkurn neðangreindra sjúkdóma, sjúkdómseinkenna eða vandamál?

a) hjarta- eða æðasjúkdóma, háþrýsting eða önnur einkenni frá hjarta - eða æðakerfi? ..... Nei  Já

b) ofnæmi eða húðsjúkdóma? ..... Nei  Já

c) efnaskipta -, skjaldkirtils -, eða kirtlasjúkdóma og /eða sykursýki? ..... Nei  Já

d) maga eða ristilsjúkdóma? ..... Nei  Já

e) einkenni / verki frá beinum, liðum, vöðvum eða önnur stoðkerfisvandamál? ..... Nei  Já

f) brjós-klos, þursabit, verki í hálsi / mjóhrygg eða aðra baksjúkdóma? ..... Nei  Já

g) fengið óeðlilega niðurstöðu rannsókna s.s. blóð -, þvag - eða myndrannsókna? ..... Nei  Já

h) lungna - eða öndunarfærasjúkdóma? ..... Nei  Já

i) sjúkdóma eða einkenni frá nýrum, þvagfærum, lifur eða gallblöðru? ..... Nei  Já

j) æxli, krabbamein eða frumubreytingar? ..... Nei  Já

k) þunglyndi, kvíða, geðsjúkdóma eða önnur vandamál af andlegum toga? ..... Nei  Já

l) sjúkdóma í skynfærum (augum eða eyrum)? ..... Nei  Já

m) sjúkdóm eða einkenni frá taugakerfi og / eða svima / skjálfta? ..... Nei  Já

n) alnæmi eða hefur ástæðu til að ætla að þú sért smituð eða smitaður af alnæmisveirunni? ..... Nei  Já

o) farið í aðgerð eða uppskurð? ..... Nei  Já

p) ættgenga sjúkdóma? ..... Nei  Já

Fyrir konur;

q) sjúkdóm eða einkenni frá brjóstum, móðurlífi eða meðgöngusjúkdóma? ..... Nei  Já

Ef svar við einhverjum þætti ofangreindra spurninga var jákvætt þá vinsamlega tilgreindu frekar;

- i Heiti sjúkdóms / einkenna \_\_\_\_\_
- ii Hvenær sjúkdóms / einkenna varð vart \_\_\_\_\_
- iii Hve lengi sjúkdómur / einkenni varði \_\_\_\_\_
- iv Hvort bati varð alger eða að hluta \_\_\_\_\_
- v Hvenær umönnun hófst og hvenær henni lauk \_\_\_\_\_
- vi Hvaða lækni / heilbrigðisstofnun annaðist þig ( nafn og aðsetur) \_\_\_\_\_

5. Hefur þú haft einhverja sjúkdóma, einkenni eða orðið fyrir líkamlegum meiðslum, slysum eða eitrunum sem hafa krafist eða geta krafist rannsókna, aðgerða eða meðferða ? Nei  Já

Ef já, tilgreindu nánar hvað, hvenær og nafn þess læknis er annaðist þig \_\_\_\_\_

6. Hefur þú verið metinn öryrki eða bíður þú eftir örorkumati ? Nei  Já

Ef já, hvers vegna og tilgreindu % örorku \_\_\_\_\_

7. Ert þú og hefur þú undanfarin þrjú ár verið fullkomlega heilsuhraustur og vinnufær ? Nei  Já

Ef nei, tilgreinið nánar hvers vegna \_\_\_\_\_

8. Hefur þú leitað læknis eða sjúkrastofnunar á undanförunum þremur árum vegna annars en umgangssesta (t.d. meðferðir, rannsóknir eða myndrannsóknir) ? Nei  Já

Ef já, útskýrðu hvers vegna, hvenær og nafn læknis og aðsetur \_\_\_\_\_

9. Ert þú eða hefur þú verið á lyfjum ? Nei  Já

Ef já, tilgreinið heiti lyfs, skammtastærðir, ástæða notkunar og tiltakið tímabil lyfjatöku \_\_\_\_\_

10. Neytir þú áfengis ? Nei  Já

11. Notar þú eða hefur þú notað deyfandi eða örvandi lyf ? Nei  Já

12. Er eða hefur notkun áfengis og / eða annarra vímuefna verið vandamál hjá þér ? Nei  Já

13. Hefur þú leitað læknis vegna áfengis – eða vímuefnanotkunar ? Nei  Já

Ef einhverri af spurningum 11-13 var svarað játandi þá vinsamlega fyllið út viðeigandi viðbótarblað.

#### V. Iðgjaldagreiðslur.

- Beingreiðslur
- Greiðsluseðill
- Greiðslukort  VISA  EURO Fjöldi greiðslna \_\_\_\_\_
- Kortanúmer \_\_\_\_\_ Gildistími \_\_\_\_\_
- Heimild korthafa \_\_\_\_\_ kt. \_\_\_\_\_

## VI. Eigin yfirlýsing og undirskrift.

Upplýsingar þær sem vátryggður gefur í beiðni þessari verða notaðar til að meta áhættu félagsins og ákveða iðgjald vátryggingarinnar. Starfsmenn félagsins leggja mat á upplýsingarnar og meta hvort þörf sé á viðbótarupplýsingum um fyrri heilsufar umsækjanda frá læknum, sjúkrastofnunum eða öðrum sem hafa með höndum slíkar upplýsingar eða hvort frekari rannsóknir séu nauðsynlegar áður en unnt er að taka endanlega ákvörðun um vátryggingartökuna. Slíkar upplýsingar eru veittar félaginu og ráðgefandi lækni. Ekki er tekin afstaða til beiðni fyrir en allar nauðsynlegar upplýsingar liggja fyrir. Geta upplýsingar leitt til þess að vátrygging er veitt með hækkun á iðgjaldi, frestun á gildistöku vátryggingar, tilteknar áhættur séu undanskildar eða að vátryggingu sé hafnað.

Við vinnslu persónuupplýsinga er gætt ákvæða laga um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga nr. 77/2000. Ráðgefandi læknir og starfsmenn félagsins sem með upplýsingarnar fara eru bundnir ævarandi trúnaði og þagnarskyldu um hvaðeina sem upplýsingarnar hafa að geyma.

### Yfirlýsing

Ég undirrituð/aður lýsi hér með yfir að ég hef sjálf(ur) svarað öllum spurningum þessarar beiðni og staðfesti hér með að svör mín eru samkvæmt bestu vitund, rétt og sannleikanum samkvæm og ekki eru undanskilin atriði sem kunna að skipta máli við áhættumat félagsins. Ég hef fyllt út með eigin hendi umsókn þessa og geri mér grein fyrir því að rangar eða ófullnægjandi upplýsingar um heilsufar mitt geta valdið missi bótaréttar að hluta eða öllu leyti og að greidd iðgjöld verði óendurkræf. Þá er mér ljóst í hvaða skyni upplýsingar í beiðni þessari eða frá öðrum eru veittar svo að þær ásamt skilmálum vátryggingar þessarar eru grundvöllur samnings milli mín og Varðar trygginga hf. Mér er ljóst að vátrygging þessi nær ekki til fyrri sjúkdóma eða slysa eða afleiðinga þeirra. Ég undirritaður/undirrituð veiti hér með Verði tryggingum hf. heimild til þess að veita Verði líftryggingum hf. aðgang að upplýsingum um mig sem nauðsynlegar eru við vinnslu beiðna og uppgjör tjóna.

Ég samþykki að vinnsla upplýsinga fari fram á þann hátt sem lýst er hér að framan og geri mér grein fyrir tilgangi vinnslunnar. Jafnframt veiti ég læknum, sjúkrastofnunum og öðrum sem hafa með höndum upplýsingar um heilsufar mitt heimild til að veita félaginu og ráðgefandi lækni þess allar slíkar upplýsingar er nauðsynlegar kunna að vera við ákvörðun um veitingu vátryggingarinnar eða þegar meta þarf kröfu um bætur. Mér hefur verið kynnt hvernig persónuvernd er tryggð hjá félaginu og að mér sé heimilt að afturkalla samþykki mitt til vinnslu upplýsinganna sem skal gert skriflega. Ég hef kynnt mér skilmála vátryggingarinnar og samþykki þá.

Undirskrift vátryggðs \_\_\_\_\_ dags \_\_\_\_\_

Vottað af ráðgjafa \_\_\_\_\_ dags \_\_\_\_\_

Fyllist út af félaginu

---

---