

Beiðni um Almenna slysatryggingu 1

Ráðgjafi _____

Skirteinisnúmer _____

I. Grunnupplýsingar

Vátryggður _____ Kennitala _____

Heimilisfang _____ Póstnúmer _____ Staður _____

Sími _____ Farsími _____ Netfang _____

Vátryggingartaki _____ Kennitala _____
ef annar en vátryggður

Heimilisfang _____ Póstnúmer _____ Staður _____

II. Umsækjandi skal sjálfur fylla út beiðnina hér á eftir

Vinsamlegast fylltu út umsóknina eins nákvæmlega og þú getur. Ef þú ert í vafa um hvort eitthvert atriði skipti máli, skaltu taka það fram frekar en að sleppa því. Ef þú gerir mistök við útfyllingu, vinsamlegast stríkaðu yfir þau (ekki nota leiðréttingarvökva), settu inn réttar upplýsingar og upphafsstafi þína og dagsetningu sem næst rétta svarinu. Vinsamlegast notið svartan eða bláan penna. Vörður tryggingar hf. fer með öll þín gögn sem trúnaðarmál.

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

1. Aðalstarf vátryggðs _____ Önnur störf? Já NeiEf já, hvaða? _____ Óskast vátryggt? Já Nei2. Stundar þú eitthvað sem sérstök áhætta fylgir s.s. fjallaklifur, einkaflug, svifflug, svifdrekaflug, fallhlífastökk, köfun, akstursíþróttir eða annað þess háttar sem óskast vátryggt? Já Nei

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? Já Nei

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

IV. Tryggingategund og vátryggingarfjárhæð. Gildistaka

1. Slysatrygging

Slysaörorkubætur við 100% örorku _____

Dagpeningar á viku (hámark 80% launa) _____

Biðtími 2 vikur 4 vikur 8 vikur 12 vikur 26 vikurBótatími 1 ár 2 ár 3 ár (Athuga að frá dregst biðtími)2. Innlendir sjúkrakostnaður Já Nei

3. Dánarbætur vegna slyss kr. _____

Rétthafaskráning (ath. merkið einungis við einn valmöguleika)

Ekki tilnefndur rétthafi: Sé ekki tilnefndur rétthafi bóta fer um rétt til greiðslu samkvæmt 100. gr. laga um váttryggingarsamninga nr. 30/2004. Það þýðir að líftryggingarfjárhæðin rennur til maka váttryggðs. Ef váttryggður lætur ekki eftir sig maka fellur líftryggingarfjárhæðin til erfingja samkvæmt lögum eða erfðaskrá. Með orðinu maki er í lögum nr. 30/2004 átt við maka í hjúskap en ekki maka í óvígðri sambúð. Sambúðarmaki getur aðeins öðlast rétt til greiðslu líftryggingarfjárhæðar þegar hann er tilnefndur sérstaklega sem rétthafi.

Lögerfingjar: Erfingjar fá hver sinn hluta skv. erfðalögum.

Skráning á nafn/nöfn *

Nafn _____ Kennitala _____ Hlutfall _____

Nafn _____ Kennitala _____ Hlutfall _____

Nafn _____ Kennitala _____ Hlutfall _____

Nafn _____ Kennitala _____ Hlutfall _____

* Sé váttryggður í hjúskap ber félaginu samkvæmt 101. gr. laga nr. 30/2004 að tilkynna maka hans um tilnefningu rétthafa.

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

Ef já, vinsamlega tilgreindu váttryggingarfjárhæð og hjá hvaða félagi _____

Á eldra skírteini að ógildast? Já Nei

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

Trygging skal taka gildi Strax við samþykkt umsóknar Dags _____ Við uppsögn núverandi tryggingar

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

Ef já, hvers vegna? _____

V. Heilsufarsupplýsingar

1. Nafn og/eða aðsetur heimilslæknis sem leitað er til _____

2. Hæð _____ cm Þyngd _____ kg (ef barnshafandi tilgreinið þyngd fyrir þungun)

Ef barnshafandi tilgreinið áætlaðan fæðingardag _____

3. Reykir þú eða notar þú annars konar tóbak/nikótín? Já Nei

Ef já, hvaða tegund tóbaks og hve mikið daglega _____ Hvenær byrjaðir þú? _____

Ef nei, hefur þú reykt eða notað annars konar tóbak/nikótín? Já Nei

Ef já, hvenær hættir þú? _____ Hve mikið notaðir þú daglega? _____

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

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

Bls. 2/4 **Upphafsstafir** _____

5. Urðu einhverjar varanlegar afleiðingar? Já Nei
Ef já, hverjar? _____
6. Hefur þú fengið metna örorku eða bíður þú eftir örorkumati? Já Nei
Ef já, hvers vegna og tilgreindu % örorku _____
7. Hefur þú nú eða áður haft sjúkdóma í skynfærum s.s. skerta heyrn eða sjón? Já Nei
Ef já, vinsamlega útlistaðu nánar _____
8. Hefur þú nú eða áður haft slæma verki eða önnur vandamál frá stoðkerfi (s.s. gigt, bakvandamál ofl.)? Já Nei
Ef já, vinsamlega útlistaðu nánar _____
9. Ert þú og hefur þú undanfarin þrjú ár verið fullkomlega heilsuhaust/ur og vinnufær? Já Nei
Ef nei, tilgreinið nánar hvers vegna? _____
10. Hefur þú leitað læknis eða sjúkrastofnunar á undanförunum þremur árum vegna annars en umgangspesta (t.d. meðferðir, rannsóknir eða myndrannsóknir)? Já Nei
Ef já, útskýrðu hvers vegna, hvenær og nafn læknis og aðsetur _____

11. Ert þú eða hefur þú verið á lyfjum? Já Nei
Ef já, tilgreinið heiti lyfs, skammtastærðir, ástæða notkunar og tiltakið tímabil lyfjatöku? _____

12. Neytir þú áfengis? Já Nei
Ef já, hve mikið magn að meðaltali á viku _____

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

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

15. Hefur þú leitað læknis vegna áfengis – eða fíkniefnanotkunar? Já Nei

Ef einhverri af spurningum 13-15 var svarað játandi þá vinsamlega fyllið út viðeigandi viðbótarblað

VI. Iðgjaldagreiðslur

- Beingreiðslur Greiðsluseðill Kreditkort - vinsamlega hringið inn kortanúmer í síma 5141000

VII. Undirskrift

Staður og dagsetning

Undirskrift váttrygðs

Vinsamlegast skráið upphafsstafi á síðu 1-2

Undirskrift starfsmanns / váttryggingamiðlara

UMS01

VIII. Upplýst samþykki til gagnaöflunar

Útfylling

Ég undirrituð/áður sæki um framangreindar tryggingar á grundvelli skilmála þeirra, sem ég hef kynnt mér. Ég staðfesti hér með að ég svaraði sjálf/sjálfur framangreindum spurningum og svörin eru samkvæmt minni bestu vitund rétt og sannleikanum samkvæmt. Mér er ljóst að váttryggingin nær ekki til fyrri slysa og sjúkdóma eða afleiðinga þeirra. Ég geri mér grein fyrir að rangar eða ófull-komnar upplýsingar geta valdið missi bótaréttar að hluta eða öllu leyti og greidd iðgjöld tapast. Ég staðfesti með undirritun minni

að ég hef verið upplýst/ur um það að félagið notar ákveðnar viðmiðunarreglur við áhættumat trygginga, bæði eigin reglur og reglur frá endurtryggjanda á hverjum tíma, til mats á þeim heilsufarsvanda/sjúkdómum sem tilgreindir eru á váttryggingarbeiðni eða samkvæmt upplýsingum í gögnum sem kunna að koma fram síðar.

Ábyrgð

Mér er ljóst að ábyrgð félagsins hefst ekki fyrr en það hefur móttengið fullbúna, skriflega váttryggingarbeiðni sem samþykkt hefur verið af áhættumati félagsins, nema váttryggingartaki hafi skriflega óskað eftir öðrum gildistöku tíma og hefst þá ábyrgðin frá því tímamarki, sbr. 13. gr. laga um váttryggingarsamninga nr. 30/2004. Loforð og samkomulag milli mín og ráðgjafa skulu koma fram í váttryggingarbeiðni þessari. Svör mín, ásamt skilmálum, eru grundvöllur váttryggingarsamnings milli mín og Varðar.

Samþykki til að afla upplýsinga og vinnsla persónuupplýsinga

Sérfræðingar Varðar í áhættumati meta hvort þörf er á viðbótarupplýsingum vegna heilsufars þar með talið frá læknum eða sjúkra-stofnunum eða hvort þörf er á heilsufars skoðun. Með undirritun minni heimila ég Verði að afla nauðsynlegra upplýsinga frá læknum,

sjúkrahúsum, heilsugæslustöðvum og öðrum sjúkrastofnunum/meðferðaraðilum um heilsufar mitt, ef eitthvað kemur fram á váttryggingarbeiðni minni sem gefur tilefni til ítarlegrar skoðunar, með vísan til 19. gr. laga nr. 30/2004 um váttryggingarsamninga.

Mér er ljóst að tilgangurinn með öflun þessara upplýsinga er sá að félagið þarf að geta metið áhættu sína og hvort að hægt sé að veita váttryggingartaka tryggingu. Heimildin til upplýsingaröflunar er nauðsynleg til að koma á samningssambandi og byggist á lagaheimild. Í 19. gr. laga nr. 30/2004 um váttryggingarsamninga er kveðið á um heimild váttryggingafélaga til að óska eftir upplýsingum um atvik sem geta haft þýðingu fyrir mat þess á áhættu. Í þeim tilgangi er félaginu heimilt að óska upplýsinga um sjúkdóma sem váttryggingartaki eða váttryggður er haldinn óháð því hvernig sjúkdómurinn hefur greinst. Félagið fer með allar upplýsingar sem aflað er á grundvelli yfirlýsingar þessarar sem trúnaðarmál. Upplýsingarnar munu eingöngu nýttar í því skyni að koma á eða viðhalda váttryggingarsamningi samkvæmt váttryggingarbeiðni þessari til þess að meta bótaskyldu félagsins eða til tölfræðilegrar gagnavinnslu.

Í persónuverndarstefnu Varðar er fjallað nánar um í hvaða tilgangi Vörður safnar persónuupplýsingum og hvernig þær eru unnar. Persónuverndarstefnuna er að finna á heimasíðu Varðar. Mér er kunnugt um að Vörður mun nota upplýsingar þessar eingöngu vegna þeirrar þjónustu sem veitt er nú hjá félaginu og að aðgangur að upplýsingum er eingöngu í höndum þeirra starfsmanna sem þurfa á þeim að halda starfs síns vegna. Upplýsingarnar eru aldrei geymdar lengur en þörf er á fyrir vinnslu þeirra. Vörður fer með meðhöndlun upplýsinga í samræmi við gildandi persónuverndarlög.

Leyfi til að miðla upplýsingum

Ég heimila félaginu að miðla persónuupplýsingum til vinnsluaðila í þeim tilvikum þegar Vörður telur það nauðsynlegt til að uppfylla samningsskyldur sínar. Vegna áhættumats váttrygginga getur verið nauðsynlegt að miðla til ákveðinna aðila t.d. til endur-tryggjanda, trúnaðarlækna og heilbrigðisstofnana.

Afturköllun samþykkis

Ég geri mér grein fyrir að mér er heimilt að afturkalla samþykki mitt til upplýsingaöflunar hjá félaginu með vísan til gildandi persónuverndarlaga. Ég geri mér grein fyrir að þar sem umrædd upplýsingaöflun er forsenda fyrir váttryggingarsamningi þessum gæti slík afturköllun haft í för með sér að ekki stofnist til samnings milli mín og félagsins að félagið geti slitið samningnum, eða að til þess geti komið að ekki greiðast út bætur þar sem félagið hafi ekki forsendur til þess að meta bótaskyldu sína.

Staður og dagsetning

Undirskrift váttryggðs