



Líftryggingafélag Íslands hf.

Ármúla 3 • Pósthólf 8400 • 128 Reykjavík
Sími 560 5060 • Fax 560 5181
upplýsingar@lifis.is • www.lifis.is
Kennitala: 570990-1449

Hóplíftryggingin er tekin af:
(Vinnuveitandi / félagsamtök)

Hóplíftrygging

LEIÐBEININGAR UM ÚTFYLLINGU

Vátryggingartaki skal ávallt fylla vátryggingarbeiðnina út sjálfur. Við útfyllingu umsóknarinnar ber að vera eins nákvæm/ur og mögulegt er. Ef vafi leikur á því hvort einstök atriði skipta máli, vinsamlega skráðu þau niður. Verði gerð mistök við útfyllingu umsóknarinnar, skal strika yfir þau, leiðrétt og staðfesta leiðréttinguna með upphafsstöfum.

GRUNNUPPLÝSINGAR

Vátryggingartaki (skal ávallt vera hinn vátryggði)

Fullt nafn: _____ Kennitala: _____

Heimilisfang: _____ Sími: _____

Staður: _____ Netfang: _____

Aðal starf: _____ Önnur störf: _____

Greiðandi (ef annar en vátryggð/ur)

Fullt nafn: _____ Kennitala: _____

Heimilisfang: _____ Sími: _____

Staður: _____ Netfang: _____

Heilsufarsupplýsingar

- Hæð _____ sm. Þyngd _____ kg.
- Hefur þú verið fjarverandi frá vinnu vegna heilsufarsástæðna lengur en í tvær vikur samfleytt undanfarin þrjú ár? Nei Já
- Ert þú eða hefur þú verið í meðferð hjá lækni síðastliðin fimm ár. Nei Já
- Hefur þér verið ráðlagt eða hefur þú í hyggju að gangast undir lækni skoðun, meðferð eða aðgerð? Nei Já
- Tekur þú eða hefur þú tekið lyf að staðaldri að lækni ráði lengur en í tvær vikur í senn undanfarin fimm ár? Nei Já
- Hefur greining eða önnur rannsókn (t.d. ómun/sónar, röntgenmyndataka eða þolpróf) sem þú hefur farið í leitt til óeðlilegra niðurstaðna (t.d. hækkun kólesteróls, blóðsykurs eða lifrarensíma, hás blóðþrýstings, lifrabólgu B eða C, HIV jákvæðni)? Nei Já

Ef svar við einhverjum þætti ofangreindra spurninga er já, þá tilgreindu nafn sjúkdóms / útskýrðu slys, hvenær varð hans fyrst vart / hvenær slys átti sér stað, hve lengi vöruðu einkenni, hvort bati varð alger eða að hluta, hverjar urðu afleiðingar, hvaða lyf þú tókst og hvaða læknir / sjúkrastofnun stundaði þig.

- Hefur þú sótt um líf-, sjúkdóma- og/eða slysatryggingu en beiðni þinni verið synjað, frestað eða samþykkt en þá einungis með álagi eða undanskyldum bótaþáttum? Nei Já

a) Ef já, þá hvers vegna?

- Hver er heimilislæknirinn þinn?

Upplýsingar þær sem váttryggingartaki gefur í umsókn þessari verða notaðar til að meta áhættu félagsins og ákveða iðgjald váttryggingarinnar. Starfsmenn félagsins og/eða ráðgefandi lækni þess leggja mat á upplýsingarnar og ákveða hvort þörf sé á viðbótarupplýsingum um fyrra heilsufar váttryggingartaka frá læknum eða sjúkrastofnunum sem hafa annast hann eða hvort nauðsynlegt sé að váttryggingartaki gangist undir læknisrannsókn áður en hægt sé að taka endanlega ákvörðun um váttryggingartökuna.

Við vinnslu persónuupplýsinga er gætt ákvæða laga um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga nr. 77/2000. Starfsmenn sem fjalla um líftryggingar eru bundnir trúnaði og þagnarskyldu um allt sem kemur fram í samskiptum váttryggingartaka/váttryggðs við félagið meðan þeir starfa hjá félaginu og eftir að þeir láta af störfum.

Yfirlýsing / samþykki

Ég undirrituð/undirritaður lýsi hér með yfir að ég hef sjálf(ur) svarað öllum spurningum beiðnarinnar og staðfesti hér með að svör mín eru samkvæmt bestu vitund, sannleikanum samkvæm og engu leynt er kann að skipta máli við áhættumat vegna váttryggingarinnar. Ég geri mér grein fyrir að rangar eða ófullkomnar upplýsingar um heilsufar mitt geta valdið missi bótaréttar að hluta eða öllu leyti. Ég samþykki að vinnsla upplýsinganna fari fram á þann hátt sem lýst er hér að framan og geri mér grein fyrir tilgangi vinnslunnar. Jafnframt veiti ég læknum og sjúkrastofnunum sem hafa með höndum upplýsingar um heilsufar mitt heimild til að veita félaginu, ráðgefandi lækni þess og/eða endurtryggjendum allar slíkar upplýsingar ef þörf er á viðbótarupplýsingum vegna váttryggingartökunnar 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 váttryggingarinnar og samþykki þá.

Staður _____ Dags. _____

Undirskrift váttryggðs _____

Fyllist út af ráðgefandi lækni Líftryggingafélags Íslands hf.

Fyllist út af sölumanni/umboðsmanni: _____

Sölumannsnúmer: _____ Umboðsnúmer: _____

Yfirlýsing sölumanns/umboðsmanns:
Undirritaður hefur gert umsækjanda kunnugt um þau réttindi og skilmála sem gilda fyrir váttrygginguna. Hefur umsækjandi sjálfur undirritað beiðnina?

Nei Já

Dagsetning _____ Undirritun sölumanns/umboðsmanns _____

