

# Beiðni um sjúkra- og slysatryggingu



Vátryggingafélag Íslands hf.

Ármúla 3

108 Reykjavík

Sími 560 5000

www.vis.is

upplýsingar@vis.is

Skírteinisnúmer \_\_\_\_\_

1.0. **Vátryggingartaki** \_\_\_\_\_ Kennitala \_\_\_\_\_  
Heimilisfang \_\_\_\_\_ Sími \_\_\_\_\_  
Póstnúmer \_\_\_\_\_ Sveitarfélag \_\_\_\_\_ Netfang \_\_\_\_\_

1.1. **Vátryggður** \_\_\_\_\_ Kennitala \_\_\_\_\_  
Heimilisfang \_\_\_\_\_ Sími \_\_\_\_\_  
Póstnúmer \_\_\_\_\_ Sveitarfélag \_\_\_\_\_ Netfang \_\_\_\_\_  
Aðalstarf \_\_\_\_\_ Önnur störf \_\_\_\_\_

## 1.2. Séráhætta

Er óskað eftir að tryggja sérstaklega einhverja áhættu sem er undanskilin í greinum 11.3., 11.4 eða 11.5 í skilmálum sjúkra- og slysatryggingar?

Nei  Já Ef já, hvað? \_\_\_\_\_

## 2.0. Vátryggingarfjárhæðir

### 2.1. Slysatrygging

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

Dagpeningar á viku \_\_\_\_\_

Biðtími  2 vikur  4 vikur  8 vikur  12 vikur  26 vikur

Bótatími dagpeninga

1 ár  2 ár  3 ár, frá dregst biðtími

### 2.2. Sjúkratrygging

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

Dagpeningar á viku \_\_\_\_\_

Biðtími  4 vikur  8 vikur  12 vikur  26 vikur

Bótatími dagpeninga

1 ár  2 ár  3 ár, frá dregst biðtími

## 2.3. Slysadánarbætur

Dánarbætur greiðast maka vátryggðs. Sé maki ekki til staðar greiðast þær erfingja skv. lögum eða erfðaskrá. Ef annarra tilnefninga er óskað skal tilgreina það hér.

Nafn \_\_\_\_\_ Kt. \_\_\_\_\_ Nafn \_\_\_\_\_ Kt. \_\_\_\_\_

## 3.0. Upplýsingar um aðrar persónutryggingar vátryggðs

- 3.1. a) Ert þú eða hefur þú verið sjúkra- eða slysatryggð(ur)?  Nei  Já d) Á eldra skírteini að ógildast?  Nei  Já  
b) Ef já, hjá hvaða vátryggingafélagi? \_\_\_\_\_ e) Var tryggingin tekin með venjulegum skilmálum?  Nei  Já  
c) Vátryggingarfjárhæð? \_\_\_\_\_

3.2. Hefur nokkurt vátryggingafélag neitað þér um líf-, sjúkra- eða slysatryggingu, krafist hærra iðgjalds, krafist sérstakra skilmála, læknisvottorðs eða sagt upp vátryggingu?  Nei  Já

Ef já, hvers vegna? \_\_\_\_\_

## 4.0. Heilsufarsupplýsingar

4.1. Hæð \_\_\_\_\_ cm Þyngd \_\_\_\_\_ kg

4.2. Hver er heimilislæknirinn þinn? \_\_\_\_\_

4.3. Tekur þú einhver lyf að staðaldri?  Nei  Já Ert þú undir lækni meðferð eða á sér mataræði  Nei  Já

Ef já, hvaða lyf? \_\_\_\_\_ Ef já, útskýrðu \_\_\_\_\_

Hversu mikið/oft? \_\_\_\_\_

## 4.4. Notar þú eða hefur notað deyfandi eða örvandi lyf?

 Nei  Já Ef já, hvaða lyf, hversu mikið/oft?

Hefur þú leitað læknis vegna óhóflegrar notkunar slíkra lyfja?

Hvar og hvenær? \_\_\_\_\_

 Reykir þú eða hefur reykt?  Nei  Já

Ef já, á hvaða tímabili? \_\_\_\_\_

 Neytir þú áfengis?  Nei  Já

Ef já, hve mikið að jafnaði í mánuði?

Bjór \_\_\_\_\_ glös (0,5l) Léttvín \_\_\_\_\_ glös (125ml) Sterkt vín \_\_\_\_\_ einfaldir (30ml)

Neytir þú fíkniefna?

 Aldrei  Sjaldan  Vikulega  Oftar

Hefur þú leitað til læknis vegna áfengis- eða fíkniefnanotkunar?

 Nei  Já

Ef já, hvar og hvenær? \_\_\_\_\_

4.5. Hefur þú orðið var einhverra sjúkdómseinkenna eða veikleika síðustu mánuði?  Nei  Já

Ef já, hvers eðlis? \_\_\_\_\_

 Hefur þú undanfarin þrjú ár verið fullkomlega heilsuhaust(ur) og vinnufær?  Nei  Já

Ef nei, hvers vegna? \_\_\_\_\_

## 4.6. Hefur þú nú eða hefur þú áður haft eftirfarandi sjúkdóma eða sjúkdómseinkenni eða leitað til læknis þeirra vegna?

|   | Nei                      | Já                       |   | Nei                      | Já                       |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| a) Hjarta- eða æðasjúkdóma? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | l) Sjúkdóma í skynfærum?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Háan blóðþrýsting, blóðtappa eða blóðsjúkdóma?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | m) Alnæmi (AIDS), eða hefur þú ástæðu til að ætla að þú sért smitaður/smituð af alnæmisveiru (HIV-veiru)? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Maga-, meltingarfæra- eða þarmasjúkdóma? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | n) Kynsjúkdóma? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Sjúkdóma í lungum eða brjóstholi, t.d. astma?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | o) Nokkra þekktar arfgenga sjúkdóma? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Ofnæmi, húðsjúkdóma?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | p) Aðra sjúkdóma?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Sjúkdóma í nýrum eða þvágfærum?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | r) Verið skorin(n) upp?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Sykursýki eða skjaldkirtilssjúkdóm?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | s) Orðið fyrir alvarlegu slysi?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Krabbamein?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | t) Verið metin(n) örryki? (Örorkumat _____%) .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) Sjúkdóma í beinum, liðum eða vöðvum? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | u) Legið á sjúkrahúsi?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) Þunglyndi eða geðsjúkdóma? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | v) (Fyrir konur) Sjúkdóma í brjóstum eða móðurlífi?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k) Sjúkdóma í taugakerfi, t.d. lómun eða mænusigg, leitað til læknis vegna svima eða skjálfta?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |

## 4.7. Ef svar við einhverjum þætti ofangreindra spurninga er jákvætt, þá tilgreindu nafn sjúkdóms, hvenær hann byrjaði, hve lengi hann varaði, hvort bati var alger eða að hluta, hverjar urðu afleiðingar hans og hvaða lækni annaðist þig.

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 4.8. Hafa foreldrar eða systkini, nú eða áður, haft hjarta- eða æðasjúkdóma, geð- eða taugasjúkdóma, berkla, krabbamein, heilablóðfall, háan blóðþrýsting, nýrnasjúkdóm, MS, MND, sykursýki I eða II, parkinsonsjúkdóm eða alzheimersjúkdóm? Ef svo er skýrðu nánar og tilgreindu aldur við greiningu.

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Upplýsingar þær sem váttryggingataka gefur í umsókn þessari verða notaðar til að meta áhættu félagsins og ákveða iðgjald váttryggingarinnar. Starfsmenn félagsins og / eða ráðgefandi læknar þess leggja mat á upplýsingar 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 er 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 sjúkra- og slysatryggingar eru bundnir þagnarskyldu um allt sem kemur fram í samskiptum váttryggingartaka/váttrygginga við félagið meðan þeir starfa hjá félaginu og eftir að þeir láta af störfum.

## Yfirlýsing/samþykki váttrygginga:

Ég undirrituð/undirritaður lýsi hér með yfir að ég hef sjálf(ur) svarað öllum spurningum í kafla 1, 2, 3 og 4 og staðfesti hér með að svör mín eru samkvæmt bestu vitund, sannleikanum samkvæmt 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 eða ráðgefandi lækni þess 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 er heimilt að afturkalla samþykki mitt til vinnslu upplýsinga sem skal gert skriflega. Ég hef kynnt mér skilmála váttryggingarinnar og samþykki þá. Mér er ljóst að váttryggingin nær ekki til fyrri slysa eða afleiðinga þeirra. Mér er kunnugt að váttryggingin tekur ekki gildi fyrr en beiðnin hefur verið samþykkt af félaginu.

Staður \_\_\_\_\_

Dagsetning \_\_\_\_\_

Undirskrift váttrygginga \_\_\_\_\_

Undirskrift váttryggingartaka \_\_\_\_\_

Fyllist út af Váttryggingafélagi Íslands hf.

|                             |           |                    |
|-----------------------------|-----------|--------------------|
| Umboð                       | Solumaður | Beiðni samþykkt af |
| Athugasemdir trúnaðarlæknis |           |                    |
|                             |           |                    |