

# Beiðni um slysatryggingu



Vátryggingafélag Íslands hf.

Ármúla 3  
108 Reykjavík  
Sími 560 5000  
www.vis.is  
upplysingar@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 af þeim áhættum sem eru undanskildar í grein 4.3., 4.4 eða 4.5 í skilmálum slysatryggingar?

Nei  Já Ef já, hvað? \_\_\_\_\_

## 2.0. Gildistími

Óskað eftir:  Árstryggingu  Skammtímatryggingu Trygging gildi frá \_\_\_\_\_ til \_\_\_\_\_

## 3.0. Vátryggingarfjárhæðir

3.1. Slysaörorkubætur við 100% örorku \_\_\_\_\_

3.2. 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

3.3. Dánarbætur \_\_\_\_\_

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. \_\_\_\_\_

## 3.4. Erlendur sjúkrakostnaður

Innan Evrópu, nema Sviss  Utan Evrópu og í Sviss

### Útfyllist eingöngu ef óskað er eftir sjúkrakostnaði erlendis

Vátryggingarfjárhæð sjúkrakostnaðar erlendis kr. \_\_\_\_\_

Hefur þú eða hefur þú haft alvarlegan sjúkdóm?  Nei  Já

Ef já, hvaða sjúkdóm, hversu lengi og hvaða lækni annaðist þig? \_\_\_\_\_

Hefur þú legið á sjúkrahúsi?  Nei  Já

Ef já, hvers vegna og hvenær? \_\_\_\_\_

Tekur þú einhver lyf að staðaldri?  Nei  Já Ef já, hvaða? \_\_\_\_\_

## 4.0. Upplýsingar um aðrar persónutryggingar vátryggðs

4.1. a) Ert þú eða hefur verið 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? \_\_\_\_\_

4.2. Hefur nokkurt váttryggingafélag neitað þér um líf-, sjúkra- eða slysáttryggingu, krafist hærra iðgjalds, krafist sérstakra skilmála, læknisvottorðs eða sagt upp váttryggingu?  Nei  Já

Ef já, hvers vegna? \_\_\_\_\_

#### 5.0. Heilsufarsupplýsingar

5.1. Hæð \_\_\_\_\_ cm Þyngd \_\_\_\_\_ kg

5.2. Ert þú fullkomlega heilsuhraust(ur) og vinnufær?  Nei  Já

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

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

5.4. Hefur þú orðið fyrir slysi?  Nei  Já

Ef já, hvers konar slysi og hvenær? \_\_\_\_\_

5.5. Hafði slysið einhverjar varanlegar afleiðingar?  Nei  Já

Ef já, hverjar? \_\_\_\_\_

5.6. Hefur þú verið metin(n) til örorku?  Nei  Já

Ef já, hvenær metin(n)? \_\_\_\_\_ Örorkustig (%) \_\_\_\_\_

Hver er orsök örorkunnar? \_\_\_\_\_

5.7. Hefur þú haft verki í baki vegna sjúkdóms eða slyss?  Nei  Já

Ef já, hvenær? \_\_\_\_\_

5.8. Ertu með eðlilega sjón og heyrn?  Nei  Já

Ef nei, skýring? \_\_\_\_\_

5.9. Notar þú eða hefur þú 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?

Ef já, hve mikið að jafnaði í mánuði?

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

Neytir þú fíkniefna?

Aldrei  Sjaldan  Vikulega  Oftar

Hefur þú leitað til læknis vegna áfengis- eða fíkniefnanotkunar?

Nei  Já

Ef já, hvar og hvenær? \_\_\_\_\_

Upplýsingar þær sem váttryggingartaki 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 fyrri heilsufar váttryggingartaka frá læknum eða sjúkrastofnunum sem hafa annast hann eða hvort nauðsynlegt sé að váttryggingataki 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 fjallar um slysáttryggingar eru bundnir þagnarskyldu um allt sem kemur fram í samskiptum váttryggingataka/váttryggðs við félagið meðan þeir starfa hjá félaginu og eftir að þeir láta af störfum.

#### Yfirlýsing/samþykki váttryggðs:

Ég undirrituð/undirritaður lýsi hér með yfir að ég hef sjálf(ur) svarað öllum spurningum í kafla 1, 2, 3, 4 og 5 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 váttryggðs \_\_\_\_\_

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

Fyllist út af Váttryggingafélagi Íslands hf.

Umboð _____	Solumaður _____	Beiðni samþykkt af _____
Athugasemd trúnaðarlæknis _____		