

Slysatrygging Sjúkratrygging Erlendur sjúkrakostn. Örorkutrygging v. slysa

Vinsamlegast svarið öllum spurningum í beiðni þessari. Vátryggður skal ávallt fylla beiðnina út sjálfur. Svörin verða lögð til grundvallar við mat á áhættu, skilmála og iðgjaldi.

1.0 - Vátryggingartaki

Vátryggingartaki	_____	Kennitala	_____
Heimili	_____	Póstnr.	_____
Staður	_____		
Sími/GSM	_____	Netfang	_____

2.0 - Vátryggður

Vátryggður	_____	Kennitala	_____
Heimili	_____	Póstnr.	_____
Staður	_____		
Sími/GSM	_____	Netfang	_____
Gildistími	<input type="checkbox"/> Árstrygging <input type="checkbox"/> Skammtímatrygging	Trygging gildir frá:	_____ til: _____

3.0 - Atvinna og séráhætta

3.1

Aðalstarf _____ Starfshlutfall _____ %
Önnur störf _____ Starfshlutfall _____ %

Ef umsækjandi starfar sem stjórnandi, felur það að einhverju leyti í sér annað en skrifstofuvinnu?
 Nei Já, lýsið nánar og tilgreinið hversu margar klst. unnið er við það starf á viku _____

3.2

Aðhefst þú eitthvað sem sérstök áhætta fylgir? (Sérstök áhætta er t.d fjalla- /klettaklifur sem krefst sérþæks búnaðar, bjargsig, glíma og bardagaíþróttir, akstursíþróttir, dreka- og sviffflug, fallhlífartökk, köfun eða annað þess háttar. Svo og í keppni eða við æfingar til undirbúnings fyrir keppni í íþróttum.) Nei Já

Ef já, hvaða? _____ Óskast vátryggt? Nei Já
Ef óskast vátryggt, vinsamlegast fyllið út viðeigandi eyðublað

3.3

Hefur þú í hyggju á næstu þremur árum að ferðast til landa þar sem átök geysa eða dveljast erlendis í meira en þrjá mánuði á ári? Nei Já

Ef já, tilgreinið land _____ Óskast vátryggt? Nei Já

4.0 - Tryggingar hjá öðru félagi

4.1

Ert þú með persónutryggingar í gildi hjá öðru tryggingafélagi? Nei Já

Ef já, heiti tryggingar _____

Hjá hvaða tryggingafélagi? _____

Á eldra skírteini að ógildast? Nei Já
Ef já, vinsamlegast fyllið út viðeigandi uppsagnareyðublað

4.2

Hefur nokkurt tryggingafélag neitað þér um líf/sjúkdóma-, sjúkra- eða slysatryggingu, krafist hærra iðgjalds, krafist sérstakra skilmála, læknisvottorðs eða sagt upp vátryggingum? Nei Já

Ef já, hvers vegna? _____

5.0 - Tryggingar

Vinsamlegast merkið við þær tryggingar sem óskað er eftir

5.1

- Slysaftrygging (Sjá skilmála SS10)
- Slysadánarbætur kr.
- Slysaörorkubætur við 100% örorku kr.
- Slysadagpeningar á viku kr.
- Biðtími 2 vikur 4 vikur 8 vikur 12 vikur 26 vikur
- Bótatími dagpeninga* 1 ár 2 ár 3 ár

* Að frádregnum biðtíma

5.2

- Sjúkratrygging (Sjá skilmála SJ20)
- Sjúkraörorkubætur við 100% örorku kr.
- Sjúkradagpeningar á viku kr.
- Biðtími 4 vikur 8 vikur 12 vikur 26 vikur
- Bótatími dagpeninga* 1 ár 2 ár 3 ár

* Að frádregnum biðtíma

5.3

- Erlendur sjúkrakostnaður Innan Evrópu, nema Sviss Utan Evrópu og Sviss (Sjá skilmála ST10)
- Vátryggingafjárhæð sjúkrakostnaðar erlendis kr.

5.4

- Örorkutrygging vegna slysa Slysaörorkubætur, grunnvátryggingarfjárhæð kr. (Sjá skilmála SS15)

6.0 - Slysadánarbætur

Ef sótt er um slysdánarbætur (liður 5.1) þá vinsamlegast fylltu út þennan lið (6.0)

Tilnefning réttþafa á vátryggingarfjárhæð - Merkið einungis við einn valkost.

- Réttþafi ekki tilnefndur
Þegar vátryggingartaki tilnefnir ekki réttþafa gilda reglur 2.-6. mgr. 100. gr. laga nr. 30/2004.
Samkvæmt þeim er meginreglan sú að fjárhæð rennur til maka en erfingja skv. lögum eða erfðaskrá ef maki er ekki til staðar.
Sambúðaraðili telst ekki til maka.

- Lögerfingjar
Þá rennur 1/3 líftryggingarfjárhæðar til maka hins tryggða og 2/3 til barna vátryggðs. Sambúðaraðili telst ekki til maka.

- Skráning réttþafa

Fullt nafn _____ Kennitala _____ % _____
Fullt nafn _____ Kennitala _____ % _____
Fullt nafn _____ Kennitala _____ % _____

- Óafturkallanleg tilnefning réttþafa

Fullt nafn _____ Kennitala _____

Undirskrift óafturkallans réttþafa _____

Maki vátryggðs og/eða óafturkallanlegur réttþafi óskar sérstaklega eftir að fá sendar upplýsingar ef trygging er felld úr gildi vegna vanskila.

Fullt nafn _____ Kennitala _____

7.1

Hæð (cm) _____ Þyngd (kg) _____ Ef barnshafandi, þyngd fyrir þungun

Nafn og aðsetur heimilislæknis _____

7.2

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

Ef nei, hvers vegna _____

7.3

Hefur þér verið ráðlagt og/eða hefur þú í hyggju að gangast undir aðgerð, lækni meðferð og/eða rannsóknir? Nei Já

Ef já, útskýrið nánar _____

7.4

Hefur þú fengið sjúkdóm sem krafðist frekari rannsókna, aðgerða eða meðferða? Nei Já

Ef já, tilgreinið heiti sjúkdóms _____

Hvenær komu einkenni fyrst fram? _____ En síðast? _____

Hvernig var meðferð háttað? _____

Hvenær mættir þú síðast í eftirlit vegna sjúkdómsins? _____

Hvenær er áætlað að þú mætir næst í eftirlit vegna þessa? _____

Tilgreindu nöfn og aðsetur lækna sem önnuðust þig _____

7.5

Hefur þú orðið fyrir líkamlegum meiðslum sem kröfðust frekari rannsókna, aðgerða eða meðferða? Nei Já

Hvaða líkamshlutar urðu fyrir skaða? _____

Hvaða ár átti atburðurinn sér stað? _____ Hvernig var eftirmeðferð háttað? _____

Eru afleiðingar slyssins enn til staðar? Nei Já

Ef já, útskýrið nánar _____

Eru fyrirhugaðar einhverjar meðferðir/aðgerðir vegna slyssins? Nei Já

Ef já, útskýrið nánar _____

Tilgreindu nöfn og aðsetur lækna sem önnuðust þig _____

7.6

Hefur þú verið metin(n) til örorku eða bíður þú örorkumats? Nei Já

Ef já, tilgreinið ástæðu _____

Hvaða ár varst þú metin(n) til örorku? _____ Örorkustig _____ %

Er örorkan enn til staðar? Nei Já

Ef nei, hvenær var bata náð? _____

7.7

Hefur þú fengið vöðva/vefjagigt, haft verki í liðum eða baki, fengið brjós-klos, þursabit, liðagigt eða aðra stoðkerfissjúkdóma? Nei Já

Útskýrðu nánar _____

Hvaða ár fannst þú fyrst fyrir einkennum? _____ Hversu lengi hafa þau staðið yfir (ár)? _____

Hvernig er/var meðferð háttað? _____

Tilgreindu nöfn og aðsetur lækna sem önnuðust þig _____

7.0 - Heilsufarsupplýsingar (frh.)

7.8
Hefur þú skerta sjón eða heyrn? Nei Já
Ef já, útskýrðu nánar _____

7.9
Tekur þú eða hefur þú tekið inn einhver lyf að staðaldri? Nei Já
Ef já, útskýrðu nánar ásamt heiti lyfja _____
Tilgreindu nafn og aðsetur læknis sem ávísar lyfinu/lyfjunum _____

7.10
Reykir þú eða hefur þú reykt? Nei Já
Ef já, hversu mikið daglega? _____ Reykt frá _____ Hætt árið _____

7.11
Neytir þú áfengis? Nei Já
Ef já, veldur neysla þín truflun á starfi og/eða einkalífi? Nei Já

7.12
Hefur þú sögu um notkun fíkniefna, ofneyslu áfengis eða annarra ávanabindandi lyfja? Nei Já
Hvers var neytt (tilgreinið allar tegundir)? _____
Hversu mikil var neyslan að meðaltali (á viku)? _____ Hversu lengi stóð neyslan yfir? (ár) _____
Hefur þú farið í meðferð(ir) vegna þessa? Nei Já
Ef já, tilgreindu allar meðferðir þ.e. hvar og hvenær (ár) _____

8.0 - Heilsufarsupplýsingar ef sótt er um sjúkratryggingu

Vinsamlegast fyllið út lið 8.1 - 8.3 ef sótt er um sjúkratryggingu.

8.1 - Spurningar er snúa að sjúkdómi/sjúkdómsástandi

Hefur þú núna eða hefur þú áður haft eftirtalda sjúkdóma eða sjúkdómseinkenni og/eða leitað læknis vegna þeirra?

- a. Hjarta eða æðakerfi? Nei Já
- b. Háan blóðþrýsting, blóðtappa eða slag/heilaáfall? Nei Já
- c. Meltingarvegi, t.d. í vélinda, maga eða þörmum? Nei Já
- d. Lungum eða brjóstholi, t.d. astma? Nei Já
- e. Ofnæmi, húðsjúkdóma, kirtilssjúkdóma? Nei Já
- f. Nýrum eða þvaggfærum? Nei Já
- g. Sykursýki, skjaldkirtils- eða efnaskiptasjúkdóm? Nei Já
- h. Krabbamein, frumubreytingar, góðkynja æxli eða blóðsjúkdóm? Nei Já
- i. Þunglyndi/kvíða, ADHD eða aðra geðsjúkdóma? Nei Já
- j. Taugakerfi, t.d. lömum, MS, MND, flogaveiki, migreni eða mænuvisnu? Nei Já
- k. Leitað læknis vegna svima, skjálfta, dofa eða sjóntruflana? Nei Já
- l. Beinum, liðum eða vöðvum, t.d. gigt? Nei Já
- m. Alnæmi (AIDS) eða hefur þú ástæðu til að ætla að þú sért smituð/smitaður af sjúkdómnum? Nei Já
- n. Niðurstöður blóðrannsóknar verið óeðlilegar t.d. blóðsykur og blóðfitugildi Nei Já
- o. Önnur heilsufarsvandamál, sjúkdómseinkenni eða sjúkdóma? Nei Já
- p. (Fyrir konur) Í brjóstum, móðurlífi eða meðgöngusjúkdóma? Nei Já

Ef svar við einhverjum lið spurninga 8.0 er jákvætt þá fyllið út spurningu 8.1

Ef umsækjandi svarar jákvætt meira en einum lið í spurningu 8.0 þarf að svara samskonar spurningum og hér á eftir á öðru eyðublaði.

8.1 frh.

Heiti sjúkdóms/tegund vandamáls _____ Hvenær greint (ár) ? _____

Lýstu einkennum stuttlega _____

Hvenær komu þau fyrst fram? _____ En síðast? _____

Hvernig var meðferð/meðhöndlun háttað? _____

Er bati þinn Algjör að sögn læknis Að hluta til að sögn læknis, lýsið nánar _____

Hefur þú legið á sjúkrahúsi, stundað göngudeild/dagdeild vegna sjúkdómsins: Já Nei

Ef já, hvar og hversu lengi? _____

Tilgreindu nöfn og aðsetur lækna sem höfðu þig til meðferðar: _____

Hefur sami læknir þig í dag til meðferðar?

Já Nei, nafn læknis og aðsetur. Hvenær tók hann við meðferð? _____

Hefur þú einhvern tíman tekið inn lyf vegna sjúkdómsins?

Nei Já, nafn/nöfn lyfja _____

Læknir sem ávísaði lyfinu/lyfjunum _____

Tekur þú inn lyf í dag vegna sjúkdómsins?

Já, nafn/nöfn lyfja _____

Nei Er þörf á lyfjameðferð skv. lækni? Nei Já

Læknir sem ávísaði lyfinu/lyfjunum _____

Er þörf á reglulegu eftirliti vegna sjúkdómsins? Já Nei

Hefur þú mætt í þau eftirlit sem áætluð voru? Já Nei

Hversu oft á ári eru eftirlit áætluð? _____ Hvenær mættir þú síðast í eftirlit? _____

Hvenær er eftirlit áætlað næst? _____ Annað sem þú vilt taka fram: _____

8.2 - Spurningar er snúa að foreldrum og eða systkinum

Hafa foreldrar og/eða systkini nú eða áður haft eitthvað af eftirfarandi sjúkdómum?

Vinsamlegast tilgreinið alla aðila/ foreldri og systkini þar sem við á.

Hjarta- og/eða æðasjúkdóm? Nei Já

Ef já, um hvernig hjartasjúkdóm er að ræða og hver var aldur við greiningu hans?

Vöðvarýrnun, bandvefssjúkdóm, MS, MND, Parkinson, Huntington eða aðra taugasjúkdóma? Nei Já

Ef já, hvernig sjúkdóm/heiti er að ræða?

Krabbamein? Nei Já

Ef já, hvar var krabbameinið staðsett og hver var aldur við greiningu þess?

Alzheimer, sykursýki 1 eða 2, nýrnasjúkdóm eða heilablóðfall? Nei Já

Ef já, um hvernig sjúkdóm/sjúkdómsástand er að ræða og hver var aldur við greiningu hans/þess?

8.3 - Spurningar er snúa að aðgerð

Hefur þú farið í aðgerð?

Nei Já

Ef já, um hvernig aðgerð var að ræða og hvers vegna var hún framkvæmd? _____

Hvenær (ár) var aðgerðin framkvæmd og á hvaða stofnun? _____

Er bati algjör eða að hluta eftir aðgerðina? Lýstu nánar: _____

Tilgreindu nafn og aðsetur læknis er framkvæmdi aðgerðina: _____

Eru fyrirhugaðar fleiri aðgerðir tengdar þeirri fyrri?

Nei Já

Ef já, hvenær? _____ Hvað á að lagfæra? _____

Ert þú undir eftirliti vegna fyrri aðgerðar?

Nei Já

Ef já, í hverju felst það? _____

9.0 - Upplýsingar til váttryggingartaka

Upplýsingar til váttryggingartaka

Sérfræðingur VÍS metur hvort þörf er á viðbótarupplýsingum vegna heilsufars, frekari upplýsingum hjá lækni eða sjúkrastofnunum sem hafa annast umsækjanda eða hvort þörf er á læknisskoðun. Í þeim tilfellum biður beiðni frekari vinnslu þar til þær upplýsingar liggja fyrir.

Við vinnslu persónuupplýsinga er gætt ákvæða laga um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga nr. 77/2000. Starfsmenn sem fjalla um persónutryggingar eru bundnir trúnaði og ævarandi þagnarskyldu um upplýsingarnar.

10.0 - Yfirlýsing og samþykki (á við þegar liður 8.2 er fylltur út)

Yfirlýsing og samþykki - Staðfesting á samþykki foreldra/systkina

Ég staðfesti með undirskrift minni að upplýsingar um foreldra og/eða systkini eru veittar með samþykki þeirra.

Fullt nafn _____ Kennitala _____

Áhættutaka VÍS við starf og frístundir er miðuð við þær upplýsingar sem fram koma á þessari beiðni.

Ef til tjóns kemur greiðast bætur í samræmi við þær upplýsingar. Mikilvægt er að tilkynna VÍS um allar breytingar sem verða á váttryggingartímabilinu.

Ég undirrituð/undirritaður lýsi hér með yfir að ég hef sjálf(ur) svarað öllum spurningum á þessari beiðni 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 því að rangar eða ófullkomnar upplýsingar um heilsufar mitt geta valdið missi bótaréttar að hluta eða öllu leyti.

Ég samþykki að unnið verði með persónuupplýsingarnar eins og 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 sérfræðingi félagsins og/eða endurtryggjendum allar slíkar upplýsingar ef þörf er á viðbótarupplýsingum vegna váttryggingartökunnar eða þegar þarf að meta kröfu um bætur.

Mér hafa verið kynntir skilmálar váttryggingarinnar og samþykki þá.

VÍS áskilur sér rétt til þess að hafna beiðninni án sérstaks rökstuðnings.

Undirskrift váttryggðs

Staður og dagsetning

Undirskrift váttryggingartaka

Staður og dagsetning

Fyllist út af Váttryggingafélagi Íslands hf.

Áhættumat og athugasemdir