

Sjúkra- og slysatrygging, Sjúkratrygging

SJÓVÁ

- ☐ Sjúkra- og slysatrygging ☐ Breyting
☐ Sjúkratrygging ☐ Uppsögn fylgir

Söluaðili _____

Ábending _____

Vinsamlega fylltu út váttryggingabeiðnina sjálf/ur. Við útfyllingu umsóknarinnar ber að svara öllum spurningum og vera eins nákvæm/ur og mögulegt er. Ef þú ert í einhverjum vafa hvort einstök atriði skipta máli við mat okkar á umsókninni, skaltu skrá þau frekar en að sleppa þeim. Ef þú gerir mistök við útfyllingu umsóknar, vinsamlega stríkaðu yfir þau, leiðréttu og settu upphafsstafi þína sem næst leiðréttingunni. Ekki nota leiðréttingarvökva, s.s. Tipp-Ex. Til að umsókn teljist fullbúin og geti öðlast gildi þurfa að liggja fyrir svör við öllum spurningum og viðeigandi fylgigögn.

Tilgangur félagsins með öflun upplýsinga um áhættuna.

Þær upplýsingar sem umsækjandi veitir í umsókn þessari verða notaðar til að meta áhættu félagsins. Heimild félagsins til að fá upplýsingar byggir á 82. gr. laga um váttryggingasamninga nr. 30/2004. Einnig getur félagið notað þær upplýsingar sem umsækjandi veitir við mat á áhættu við síðari váttryggingatöku og við ákvörðun á bótarétti við tjónavinnslu. Starfsmenn félagsins, trúnaðarlæknar og eftir atvikum endurtryggjendur leggja mat á umsókn og meta hvort þörf sé á viðbótarupplýsingum um fyrria heilsufar umsækjanda frá læknum, sjúkrastofnunum eða öðrum sem hafa undir höndum slíkar upplýsingar eða hvort læknissókn sé nauðsynleg áður en hægt er að taka endanlega ákvörðun um váttryggingartökuna. Sé þörf á viðbótarupplýsingum verður ekki tekin afstaða til umsóknarinnar fyrr en þær liggja fyrir. Upplýsingarnar geta leitt til þess að váttryggingin sé veitt með sérstöku álagi á iðgjald, tiltekin áhætta sé undanskilin í váttryggingunni eða henni sé synjað. Trúnaðarlæknar og starfsmenn félagsins, sem með upplýsingarnar fara, eru bundnir trúnaði og ævarandi þagnarskyldu um allt það sem upplýsingarnar hafa að geyma. Við vinnslu persónuupplýsinga er ávallt gætt ákvæða gildandi laga um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga.

I. Grunnupplýsingar

Váttryggð/ur (váttryggingartaki nema annað sé tekið fram) _____

Kennitala _____ Heimilisfang _____ Póstnr. _____

Staður _____ Netfang _____

Heimasími _____ Farsími _____

Greiðandi (ef annar en váttryggður) _____ Kennitala greiðanda _____

Netfang greiðanda _____ ☐ Óskað er eftir að greiðandi verði váttryggingartaki

II. Tryggingategund, fjárhæðir og gildistaka

Ert þú með aðrar persónutryggingar? ☐ Já ☐ Nei**Ef já:**

Tegund tryggingar:	Váttryggingarfjárhæð:	Tryggingafélag:	Á eldra skírteini að ógildast?
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei

Upphafsstafir umsækjanda til staðfestingar á útfyllingu: _____

Sjúkratrygging

- 1.a) Sjúkraörorkubætur við 100% örorku kr. _____
- 1.b) Dagpeningar vegna sjúkdóms á viku kr. _____ Meðallaun sl. 12 mán.? _____
- 1.c) Biðtími vegna sjúkdóms ☐ 4 ☐ 8 ☐ 12 ☐ 26 ☐ 52 vikur
- 1.d) Bótatími dagpeninga vegna sjúkdóms (að frádregnum biðtíma) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ár

Slysatrygging

- 1.a) Slysaörorkubætur við 100% örorku kr. _____
- 1.b) Dagpeningar vegna slyss á viku kr. _____ Meðallaun sl. 12 mán.? _____
- 1.c) Biðtími vegna slyss ☐ 4 ☐ 8 ☐ 12 ☐ 26 ☐ 52 vikur
- 1.d) Bótatími dagpeninga vegna slyss (að frádregnum biðtíma) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ár
- 1.e) Dánarbætur vegna slyss kr. _____

Trygging taki gildi:

- ☐ Strax - við móttöku fullbúinnar umsóknar. ☐ Síðar - við uppsögn núverandi tryggingar.
- ☐ Síðar: _____

III. Tilnefning rétthafa að dánarbótum vegna slyss

☐ Ekki tilnefndur rétthafi

Um rétt til greiðslu dánarbóta fer samkvæmt 100. gr. laga um váttryggingarsamninga nr. 30/2004. Rennur váttryggingarfjárhæðin þá til maka váttryggðs. Með orðinu maki er samkvæmt lögum nr. 30/2004 ekki átt við maka í óvígðri sambúð. Láti váttryggður ekki eftir sig maka greiðast dánarbætur til erfingja váttryggðs samkvæmt lögum eða erfðaskrá.

☐ Skráning á nafn

Nafn	Kennitala	Hlutfall %
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Athugið að það getur verið ástæða til að endurskoða tilnefningu rétthafa ef breyting verður á hjúskaparstöðu eða fjölskylduhögum.

IV. Iðgjaldagreiðslur

Ef fyrir liggur greiðslusamingur verður krafan skuldfærð samkvæmt honum. Eftirfarandi greiðsluleiðir eru í boði:

- ☐ **Boðgreiðslur** - mánaðarleg skuldfærsla af kreditkorti.
- ☐ **Beingreiðslur** - mánaðarleg skuldfærsla af bankareikningi, fylla þarf út sérstakt eyðublað.
- ☐ **Greiðsluseðill** - þeir sem eru í greiðsluþjónustu banka haki við hér.

Upphafsstafir umsækjanda til staðfestingar á útfyllingu: _____

V. Atvinna/séráhætta

***Við stjórnumerktar spurningar sem svarað er játandi er nauðsynlegt að fylla út sérstök eyðublað til að umsókn teljist fullbúin.**

Allar breytingar er varða áhættu félagsins ber að tilkynna félaginu.

1. Aðalstarf _____
Önnur störf? ☐ Nei ☐ Já Ef já, hvaða? _____ Óskast váttryggt ☐ Nei ☐ Já
Vinsamlegast tilgreindu starfshlutfall ef um fleira en eitt starf er að ræða.
2. Stundar þú eitthvað í atvinnu/frístundum sem fylgir sérstök áhætta, svo sem fjallaklifur erlendis, einkaflug, svifflug, svifdrekaflug, fallhlífastökk, fjallahjólreiðar, köfun, akstursíþróttir eða annað þess háttar? ***** ☐ Nei ☐ Já
Ef já, hvað? _____
Óskast váttryggt? ☐ Nei ☐ Já Ef já, vinsamlegast fyllið út viðeigandi eyðublað.
3. Keppir þú í íþróttum? ☐ Nei ☐ Já
Ef já, í hvaða íþrótt?: _____ Óskast váttryggt: ☐ Nei ☐ Já
4. Ætlar þú að búa, eða hefur þú búið erlendis? (Orlofsferðir undanskildar) ☐ Nei ☐ Já
Ef já, tilgreindu land og tímabil dvalar: _____
5. Hefur þú í hyggju á næstum þremur árum að ferðast til stríðshráðra landa eða svæða þar sem átök geisa? ☐ Nei ☐ Já
Ef já, tilgreindu land og tímabil dvalar: _____
6. Reykir þú? ☐ Nei ☐ Já
Ef já, hversu mikið reykirðu daglega: _____ Hef reykt frá: _____ (mán./ár)
Ef nei, hefur þú reykt? ☐ Nei ☐ Já
Ef já, hvenær byrjaðir þú að reykja? _____ (mán./ár)
Ef já, hvenær hættir þú að reykja? _____ (mán./ár) Hversu mikið reyktirðu daglega? _____

VI. Upplýsingar um heilsufar

***Við stjórnumerktar spurningar sem svarað er játandi er nauðsynlegt að fylla út sérstök eyðublað til að umsókn teljist fullbúin.**

1. Nafn heimilislæknis/heilsugæslu _____ Aðsetur _____
2. Hæð þín _____ cm. Þyngd þín _____ kg.
Ef barnshafandi þegar trygging er tekin: Áætlaður fæðingardagur _____ Þyngd fyrir meðgöngu _____ kg.
3. Hefur þú nú eða áður haft eftirfarandi:
Vinsamlega krossið við nei eða já við allar spurningar frá a til o
 - a. Sjúkdóm/vandamál eða einkenni frá hjarta, æðakerfi, heilaæðum (t.d. heilaáföll/slag) eða háan blóðþrýsting? ***** ☐ Nei ☐ Já
 - b. Sjúkdóm/vandamál eða einkenni frá maga, lifur, gallblöðru, skeifugörn, brisirtli, smáþörmum, ristli, endaparmi, nýrum eða þvagrásarkerfi? ***** ☐ Nei ☐ Já
 - c. Sjúkdóm í lungum, asma, berkjubólgu, ofnæmi, mæði eða önnur einkenni frá öndunarfærum? ***** ☐ Nei ☐ Já
 - d. Sjúkdóm/vandamál eða einkenni frá beinum, liðum, vöðvum eða húðsjúkdóma? ***** ☐ Nei ☐ Já
 - e. Brjóska, þursabit, verki í hálsi, verki í hrygg eða aðra baksjúkdóma? ***** ☐ Nei ☐ Já
 - f. Sjúkdóm/vandamál eða einkenni frá taugakerfi, lömun, heila- og mænisigg (MS), hreyfitaugasjúkdóm (MND), flogaveiki, svima, dofa, skjálfta, höfuðverk eða migreni? ***** ☐ Nei ☐ Já
 - g. Sjúkdóm/vandamál eða einkenni frá augum eða eyrum? ☐ Nei ☐ Já

Upphafsstafir umsækjanda til staðfestingar á útfyllingu: _____

- h.** Fengið óeðlilegar niðurstöður rannsókna, t.d. hækkun blóðfitu eða blóðsykurs?★ ☐ Nei ☐ Já
- i.** Krabbamein eða aðra illkynja sjúkdóma/vandamál, frumubreytingar eða vöxt, forstigsbreytingar æxlis, blóðsjúkdóm, eitlasjúkdóm eða góðkynja heilaæxli?★ ☐ Nei ☐ Já
- j.** Efnaskipta-, skjaldkirtils- eða kirtlasjúkdóma og/eða sykursýki?★ ☐ Nei ☐ Já
- k.** Við rannsókn verið greind/ur með alnæmi (AIDS), ert að biða eftir niðurstöðu þess háttar rannsóknar eða hefur þú ástæðu til þess að ætla að þú sért smituð/smitaður af alnæmisveiru (HIV)? ☐ Nei ☐ Já
- l.** Haft einhverja sjúkdóma, einkenni eða orðið fyrir líkamlegum meiðslum, slysum eða eitrunum sem hafa krafist eða geta krafist rannsókna, aðgerða, meðferða eða uppskurða? ☐ Nei ☐ Já
- m.** Verið metin/n öryrki eða bíður þú eftir örorkumati? ☐ Nei ☐ Já
Ef já, örorkumat: _____ % Hvers vegna? _____
- n.** Þunglyndi, kvíða eða önnur vandamál af andlegum toga?★ ☐ Nei ☐ Já
- o.** Aðra sjúkdóma/vandamál og/eða einkenni? ☐ Nei ☐ Já
- Spurningar eingöngu fyrir konur**
- p.** Meðgöngusjúkdóma? ☐ Nei ☐ Já
- q.** Sjúkdóma í brjóstum eða móðurlífi? ☐ Nei ☐ Já

Hafir þú svarað einhverjum spurningum a) til q) játandi, tilgreindu frekar:

Sleppa má útfyllingu hér ef sérstöku eyðublaði hefur verið svarað.

Vegna spurningar: _____

I. Heiti sjúkdóms/lýsing einkenna/lýsing slyss: _____

II. Hvenær sjúkdóms/einkenna varð vart/hvenær slys varð: _____

III. Hve lengi varði sjúkdómur/vörðu einkenni eða afleiðingar slyss: _____

IV. Hvort var bati alger eða að hluta: _____

V. Hvenær hófst umönnun og hvenær lauk henni: _____

VI. Hvaða sjúkrastofnunar leitaðir þú til, hvaða lækni sinni þér og hvert er aðsetur læknis: _____

4. Hefur beiðni þinni um persónutryggingar áður verið synjað, frestað eða iðgjald hækkað? ☐ Nei ☐ Já
Ef já, hvers vegna? _____

5. Ert þú eða hefur þú verið í meðferð, rannsóknum og/eða myndrannsóknum? ☐ Nei ☐ Já
Ef já, útskýrðu hvers vegna, hvenær, nafn læknis og aðsetur: _____

6. Ert þú og hefur þú undanfarin þrjú ár verið fullkomlega heilsuhraust/ur og vinnufær? ☐ Nei ☐ Já
Ef nei, hvers vegna? _____

7. Hefur þú leitað læknis eða sjúkrastofnunar á síðustu þremur árum vegna annars en umgangspesta? ☐ Nei ☐ Já
Ef já, útskýrðu hvers vegna, hvenær, nafn læknis og aðsetur: _____

Upphafsstafir umsækjanda til staðfestingar á útfyllingu: _____

8. a) Ert þú á lyfjum? ☐ Nei ☐ Já
 b) Hefur þú áður verið á lyfjum? ☐ Nei ☐ Já
 Ef já, hvaða lyf, í hvaða skömmtum, hvers vegna og tímabil lyfjatöku:

9. Notar þú eða hefur þú notað deyfandi eða örvandi lyf? ☐ Nei ☐ Já
 Ef já, þá fyllið út sérstakt eyðublað.★
 10. Er eða hefur notkun áfengis og/eða annarra vímuefna verið vandamál hjá þér? ☐ Nei ☐ Já
 Ef já, þá fyllið út sérstakt eyðublað.★
 11. Hefur þú leitað læknis eða farið í meðferð vegna áfengis- og/eða fíkniefnanotkunar? ☐ Nei ☐ Já
 Ef já, þá fyllið út sérstakt eyðublað.★

12. Hafa foreldrar eða systkini fengið hjarta- eða æðasjúkdóma, heilablóðfall, háan blóðþrýsting, sykursýki, nýrnasjúkdóma, krabbamein, MS, MND, parkinsonsveiki, alzheimers-sjúkdóm, huntington-sjúkdóm eða aðra alvarlega eða langvinna sjúkdóma fyrir 65 ára aldur? ☐ Nei ☐ Já
 Ef já, tilgreinið nánar sjúkdómsheiti, aldur við greiningu og tegund krabbameins eða sykursýki:

Ég staðfesti hér með að upplýsingar sem ég hef veitt um sjúkdóma foreldra eða systkina eru veittar með þeirra samþykki, enda sé með sanngirni hægt að ætlast til að ég hafi getað aflað slíks samþykkis.

Staðfestist hér með upphafsstöfum umsækjanda: _____

VII. Eigin yfirlýsing og undirskrift

Yfirlýsing umsækjanda og samþykki hans fyrir að aflað sé heilsufarsupplýsinga hjá öðrum

Ég undirrituð/undirritaður lýsi hér með yfir að ég hef sjálf/ur svarað öllum spurningum þessarar umsóknar og staðfesti hér með að svör mín eru rétt og sannleikanum samkvæm og ekki eru undanskilin atriði sem kunna að skipta máli við áhættumat félagsins vegna váttryggingarinnar. Ég hef fyllt út með eigin hendi umsókn þessa og geri mér grein fyrir að rangar eða ófullnægjandi upplýsingar um heilsufar mitt geta valdið missi bótaréttar að hluta eða að öllu leyti og að greidd iðgjöld verði óendurkræf. Þá er mér ljóst í hvaða skyni upplýsingar í umsókn þessari eða frá öðrum eru veittar og að þær, ásamt skilmálum váttryggingarinnar, sem ég hef kynnt mér, eru grundvöllur samnings milli mín og Sjóva-Almennra trygginga hf. Mér er ljóst að váttrygging þessi nær ekki til fyrri sjúkdóma eða slysa eða afleiðinga þeirra.

Ef vottorð læknis og/eða niðurstöður læknisskoðunar berast félaginu ekki innan þriggja mánaða frá undirritun umsóknar áskilur félagið sér rétt til að óska eftir nýrri umsókn.

Ég samþykki að Sjóva Almennar tryggingar hf./Sjóva Almennar líftryggingar hf. vinni með persónuupplýsingar sem fram koma í beiðni þessari. Vinnslan getur farið fram af hálfu starfsmanna, trúnaðarlækna og endurtryggjenda, ekki einungis vegna vinnslu þessarar umsóknar heldur einnig síðar við váttryggingatöku og/eða tjónavinnslu. Jafnframt veiti ég læknum, sjúkrastofnunum, tryggingafélögum, Sjúkratryggingum Íslands, Tryggingastofnun ríkisins og öðrum sem hafa undir höndum upplýsingar um heilsufar mitt eða tryggingar heimild til að veita félaginu og trúnaðarlækni þess allar upplýsingar sem kunna að vera nauðsynlegar við tryggingatöku og tjónavinnslu.

Mér hefur verið kynnt hvernig persónuvernd er tryggð hjá félaginu og að mér sé heimilt að afturkalla samþykki mitt til vinnslu upplýsinganna. *(Afturköllun skal gera skriflega)*

Dagsetning _____ Undirskrift váttryggðs _____

Staður _____ Vottað af ráðgjafa _____