

## Hóptrýgging

Vinsamlega fylltu út váttryggingabeðnina sjálf/ur. Við útfyllingu umsóknarinnar ber að vera eins nákvæm/ur og mögulegt er. Ef þú ert í einhverjum vafa um hvort einstök atriði skipta máli við mat okkar á umsókn þinni, vinsamlega skráðu þau niður.

Ef þú gerir mistök við útfyllingu umsóknar, vinsamlega strikaðu yfir þau, leiðréttu og settu upphafsstafi þína sem næst leiðréttingunni. Ekki nota leiðréttingarvökva, s.s. Tipp-Ex

## Tilgangur félagsins með öflun upplýsinga um áhættuna

Þær upplýsingar sem umsækjandi veitir í umsókn þessari verða notaðar til þess að meta áhættu félagsins. Heimild félagsins til þess að fá upplýsingar byggir á 82.gr. laga um váttryggingasamninga nr. 30/2004. Starfsmenn félagsins, trúnaðarlæknar og eftir atvikum endurtryggjendur leggja mat á umsókn og meta hvort þörf sé á viðbótarupplýsingum um fyrra heilsufar umsækjanda frá læknum, sjúkrastofnunum eða öðrum sem hafa með höndum slíkar upplýsingar eða hvort læknisrannsókn sé nauðsynleg áður en unnt 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 sérstökum álagi á iðgjald, tilteknar áhættur séu undanskildar í váttryggingunni eða henni sé synjað.

Trúnaðarlæknar og starfsmenn félagsins, sem með upplýsingarnar fara, eru bundnir trúnaði og ævarandi þagnarskyldu um hvaðeina sem upplýsingarnar hafa að geyma. Við vinnslu persónuupplýsinga er ávallt gætt ákvæða laga um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga nr. 77/2000.

Sjóvá-Almennar tryggingar hf. annast alla þjónustu við viðskiptavinum Sjóvá-Almennra líftrygginga hf. á skrifstofum sínum um land allt samkvæmt sérstökum þjónustusamningi.

## I. Grunnupplýsingar

Váttryggð/ur	Kennitala		
Heimilisfang	Póstnúmer	Staður	
Heimasími	Vinnusími	Farsími	Fax
Netfang			
Greiðandi	Kennitala		

## II. Tryggingategund, fjárhæðir og gildistaka

1. a) Ert þú með aðrar persónutryggingar? . . . . . <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Já			
Ef já,			
Tegund persónutryggingar:	Hver er váttryggingarfjárhæðin?	Hjá hvaða tryggingarfélagi:	Á eldra skirteini að ógildast?
			<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 <input type="checkbox"/> Já

<b>Líftrygging</b>	<b>Sjúkdómatrygging</b>
1. Váttryggingarfjárhæð kr. <input type="text"/>	1. Váttryggingarfjárhæð kr. <input type="text"/>
2. Líftrygging taki gildi	2. Sjúkdómatrygging taki gildi
<input type="checkbox"/> Strax - við samþykkt umsóknar	<input type="checkbox"/> Strax - við samþykkt umsóknar
<input type="checkbox"/> Síðar - dagsetning: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Síðar - dagsetning: <input type="text"/>

## III. Upplýsingar um heilsufar

1. Nafn heimilislæknis: <input type="text"/>	Aðsetur: <input type="text"/>
2. Hæð þín: <input type="text"/> cm	Þyngd þín: <input type="text"/> kg.

3. Hefur þú nú eða áður haft nokkra alvarlega sjúkdóma eða sjúkdómseinkenni. Sem dæmi um það má nefna hjarta og æðasjúkdóma, krabbamein eða aðra illkynja sjúkdóma, nýrnasjúkdóma, ristilsjúkdóma, sykursýki, HIV sýkingu eða einkenni frá taugakerfi (svima,dofa,skjálfta) eða geðsjúkdóma. . . . ☐ Nei ☐ Já

Ef já, útskýrðu nánar:

4. Hefur þú verið óvinnufær í samfleytt 3 vikur eða meira á sl. þremur árum? . . . . . ☐ Nei ☐ Já

Ef já, útskýrðu nánar:

5. Biður þú niðurstöðu heilbrigðisrannsóknna eða hefur þú farið í læknisrannsókn, verið undir lækni-seftirliti, farið í aðgerð eða fengið ávísað lyfjum til reglulegrar inntöku á sl. þremur árum? . . . . . ☐ Nei ☐ Já

Ef já, útskýrðu nánar:

6. Hefur þú farið í áfengis- eða vímuefnameðferð? . . . . . ☐ Nei ☐ Já

7. Hafa foreldrar eða systkini fengið hjarta- eða æðasjúkdóma, heilablóðfall, háan blóðþrýsting, sykursýki, nýrnasjúkdóma, krabbamein, MS, MND, parkinsonsjúkdóm eða alzheimer sjúkdóm fyrir 60 ára aldur? . . . . . ☐ Nei ☐ Já

Ef já, tilgreinið nánar sjúkdómsheiti, tegund krabbameins og aldur við greiningu:

8. Reykir þú eða hefur þú reykt? . . . . . ☐ Nei ☐ Já

Ef já, hve mikið daglega

Reykt frá

Hætt mán./ár

## IV. Réttthafar bóta

- ☐ Ekki tilnefndur rétthafi

Sé ekki tilnefndur rétthafi bóta fer um rétt til greiðslu samkvæmt 100.gr. laga um váttryggingarsamninga nr. 30/2004. Það þýðir að líftryggingarfjárhæðin rennur til maka váttryggðs. Ef váttryggður lætur ekki eftir sig maka fellur líftryggingarfjárhæðin til erfingja samkvæmt lögum eða erfðaskrá.

Með orðinu maki er í lögum nr. 30/2004 átt við maka í hjúskap eða staðfestri samvist en ekki maka í óvígðri sambúð. Sambúðarmaki getur aðeins öðlast rétt til greiðslu líftryggingarfjárhæðar þegar hann er tilnefndur sérstaklega sem rétthafi.

Óski váttryggður þess að tilnefna annan rétthafa bóta en að ofan greinir skal það gert á þar til gert eyðublað.

Athygli er vakin á því að ástæða kann að vera til að endurskoða tilnefningu rétthafa verði breyting á hjúskaparstöðu eða fjölskylduhögum líftryggðs.

## V. Eigin yfirlýsing og undirskrift

Yfirlýsing umsækjanda og samþykki hans fyrir því að það sé aflað 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 því að rangar eða ófullnægjandi upplýsingar um heilsufar mitt geta valdið missi bótaréttar að hluta eða 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 Sjóvá-Almennra líftrygginga hf. Mér er ljóst að váttrygging þessi nær ekki til fyrri sjúkdóma eða slysa eða afleiðinga þeirra.

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.

ÉG SAMÞYKKI AÐ VINNSLA UPPLÝSINGA FARI FRAM Á ÞANN HÁTT SEM LÝST ER HÉR AÐ FRAMAN OG GERI MÉR GREIN FYRIR TILGANGI HENNAR. JAFNFRAMT VEITI ÉG LÆKNUM, SJÚKRASTOFNUNUM OG ÖÐRUM SEM Hafa MEÐ HÖNDUM UPPLÝSINGAR UM HEILSUFAR MITT HEIMILD TIL AÐ VEITA FÉLAGINU OG TRÚNAÐARLÆKNI ÞESS ALLAR UPPLÝSINGAR ER NAUÐSYNLEGAR KUNNA AÐ VERA VIÐ ÁKVÖRDUN UM VEITINGU VÁTRYGGINGARINNAR EDA 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. Afturköllun skal gera skriflega.

Dagsetning

Staður

Undirskrift váttryggðs

Vottað af ráðgjafa

Fyllist út af félaginu

☐ Reykir

☐ Reyklaus

☐ Sérskilmálar

☐ Álag