

Líftrygging, Sjúkdómatrygging og Sparnaðarlíftrygging

SJÓVÁ

- ☐ Líftrygging ☐ Breyting
☐ Sjúkdómatrygging ☐ Hóptrygging
☐ Sparnaðartrygging ☐ Uppsögn fylgir

Söluaðili _____

Ábending _____

Vinsamlega fylltu út umsóknina sjálf/ur. Við útfyllingu hennar 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. 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 undir höndum slíkar upplýsingar eða hvort læknisrannsókn 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. Sjóvá-Almennar tryggingar hf. annast alla þjónustu við viðskiptavinum Sjóvá-Almennra líftrygginga hf. á skrifstofum sínum um land allt samkvæmt sérstöku þjónustusamningi.

I. Grunnupplýsingar

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

Kennitala _____ Heimilisfang _____ Póstnr. _____

Staður _____ Netfang _____

Heimasími _____ Farsími _____ Kennitala maka _____

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: _____

Líftrygging

1.a) Aldurstengt iðgjald, váttryggingarfjárhæð kr. _____

1.b) Jafnt iðgjald, váttryggingarfjárhæð kr. _____

Gildir til: ☐ 50 ára ☐ 55 ára ☐ 60 ára ☐ 65 ára ☐ 70 ára

2. Líftrygging taki gildi:

☐ Strax - við móttöku fullbúinnar umsóknar.

☐ Síðar - við uppsögn núverandi tryggingar.

☐ Síðar: _____

Sjúkdómatrygging

1.a) Aldurstengt iðgjald, váttryggingarfjárhæð kr. _____

1.b) Jafnt iðgjald, váttryggingarfjárhæð kr. _____

Gildir til: ☐ 50 ára ☐ 55 ára ☐ 60 ára ☐ 65 ára

2. Sjúkdómatrygging taki gildi:

☐ Strax - við móttöku fullbúinnar umsóknar.

☐ Síðar - við uppsögn núverandi tryggingar.

☐ Síðar: _____

Sparnaðarlíftrygging

1. Váttryggingarfjárhæð kr. _____

2. Sparnaðarlíftrygging taki gildi:

☐ Strax - við móttöku fullbúinnar umsóknar.

☐ Síðar - við uppsögn núverandi tryggingar.

☐ Síðar - dags: _____

3. Gildir til _____ ára aldurs.

4. Greiðsla á mánuði kr. _____

5. Óska eftir iðgjaldatryggingu ☐ Nei ☐ Já

Ath. Ef ekki er óskað eftir iðgjaldatryggingu og váttryggingarfjárhæð er ekki hærri en kr. 250.000 þarf ekki að svara spurningum um heilsufar í lið VI. Fylla þarf út sérstakt eyðublað vegna sjóðavals og áreiðanleika samkvæmt reglum félagsins.

III. Valkostir við tilnefningu rétthafa - vegna umsóknar um líftryggingu

☐ 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 en ekki maka í óvígðri sambúð. Sambúðarmaki getur aðeins öðlast rétt til greiðslu líftryggingarfjárhæðar þegar hann er tilnefndur sérstaklega sem rétthafi.

☐ Lögerfingjar

Þessi tilnefning þýðir t.d. að ef líftryggður lætur eftir sig maka og börn gengur 1/3 líftryggingarfjárhæðarinnar til maka en 2/3 til barna. Athugið að með maka er átt við maka líftryggðs í hjúskap. Sambúðarmaki fellur ekki hér undir.

☐ Skráning rétthafa á nafn

Hægt er að tilnefna einn eða fleiri rétthafa að líftryggingarfjárhæð. Sé líftryggður í hjúskap eða staðfestri samvist ber félaginu samkvæmt 101. gr. laga nr. 30/2004 að tilkynna maka hans um tilnefningu rétthafa.

Nafn

Kennitala

Hlutfall %

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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

Upphafsstafir umsækjanda til staðfestingar á útfyllingu: _____

IV. Iðgjaldagreiðslur

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

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

V. Atvinna/séráhætta

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

- Starfsheiti: _____
Nánari lýsing á starfi: _____
- Stundar þú eitthvað sem sérstök áhætta fylgir, svo sem fjallaklifur erlendis, einkaflug, svifflug, svifdrekaflug, fallhlífastökk, köfun, akstursíþróttir eða annað þess háttar? ***** ☐ Nei ☐ Já
- Ætlar þú að búa, eða hefur þú búið erlendis? (Orlofsferðir undanskildar) ☐ Nei ☐ Já
Ef svo er, tilgreindu land og tímabil dvalar: _____
- 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: _____
- Reykir þú? ☐ Nei ☐ Já
Ef já, hversu mikið daglega: _____ Hef reykt frá: _____ (mán./ár)
Ef nei, hefur þú reykt? ☐ Nei ☐ Já
Ef já, hvenær byrjaðir þú að reykja? _____ (mán./ár)
Hvenær hættir þú að reykja? _____ (mán./ár) Hversu mikið daglega? _____

VI. Upplýsingar um heilsufar

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

- Nafn heimilislæknis/heilsugæslu _____ Aðsetur _____
- Hæð þín _____ cm. Þyngd þín _____ kg.
Ef barnshafandi þegar trygging er tekin: Áætlaður fæðingardagur _____ Þyngd fyrir meðgöngu _____ kg.
- Hefur þú nú eða áður haft eftirfarandi:
Vinsamlega krossið við nei eða já við allar spurningar frá a til o
 - Sjúkdóm/vandamál eða einkenni frá hjarta, æðakerfi, heilaæðum (t.d. heilaáfall/slag) eða háan blóðþrýsting? ***** ☐ Nei ☐ Já
 - Sjúkdóm/vandamál eða einkenni frá maga, lifur, gallblöðru, skeifugörn, briskirtli, smáþörmum, ristli, endaparmi, nýrum eða þvagrásarkerfi? ***** ☐ Nei ☐ Já
 - Sjúkdóm í lungum, asma, berkjubólgu, ofnæmi, mæði eða önnur einkenni frá öndunarfærum? ***** ☐ Nei ☐ Já
 - Sjúkdóm/vandamál eða einkenni frá beinum, liðum, vöðvum eða húðsjúkdóma? ***** ☐ Nei ☐ Já
 - Brjóska, þursabit, verki í hálsi, verki í hrygg eða aðra baksjúkdóma? ***** ☐ Nei ☐ Já

- f. Sjúkdóm/vandamál eða einkenni frá taugakerfi, lömun, heila- og mænusigg (MS), hreyfitaugasjúkdóm (MND), flogaveiki, svima, dofa, skjálfta, höfuðverk eða mígreni?★ ☐ Nei ☐ Já
- g. Sjúkdóm/vandamál eða einkenni frá augum eða eyrum? ☐ Nei ☐ Já
- 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 bíða 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 eða meðferða? ☐ Nei ☐ Já
- m. Verið metin/n öryrki eða bíður þú eftir örorkumati? ☐ Nei ☐ Já
Ef já, örorkumat: _____ % Hvers vegna? _____
- n. Punglyndi, kvíða eða önnur vandamál af andlegum toga?★ ☐ Nei ☐ Já
- o. Aðra sjúkdóma/vandamál og/eða einkenni? ☐ Nei ☐ Já

Hafir þú svarað einhverjum spurningum a) til o) 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-sjúkdómur 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 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.

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 Sjóvá Almennar tryggingar hf./Sjóvá Almennar líftryggingar hf. vinni með persónuupplýsingar sem fram koma í umsókn 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 tryggt 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 _____