



BEIÐNI UM SJÚKRAKOSTNAÐARTRYGGINGU

UMSÓKN ÞESSI FYLLIST ÚT AF ÞEIM SEM ÓSKAST TRYGGÐUR. Mikilvægt er að öllum spurningum sé svarað. Ef vafi leikur á því hvort einstök atriði skipti máli, skulu þau engu að síður tilgreind á umsókn eða fylgiblöðum. Ef umsóknareyðublað rúmar ekki allar upplýsingar, má skrifa svörin á blað og festa það við umsóknina, þá verður að gæta þess að merkja svarið viðkomandi spurningu. Verði gerð mistök við útfyllingu umsóknarinnar, skal strika yfir þau, leiðrétta og staðfesta leiðréttinguna með upphafsstöfum. EKKI MÁ NOTA LEIÐRÉTTINGAVÖKVA (TIPP-EX og þess háttar).

Vátryggingarfjárhæð: (lágmark kr. 2.000.000) _____

Vátryggingartímabil: frá _____ til _____

I. Almennar upplýsingar

Nafn hins tryggða _____ Kennitala _____

Heimili _____ Póstnúmer _____ Staður _____

Heimasími _____ Farsími _____ Vinnusími _____ Netfang _____

Kyn _____ Hjúskaparstaða _____ Lögheimili nú _____ Frá hvaða degi? _____

Ríkisfang _____ Fæðingarstaður (land) _____

Greiðandi, ef annar en vátryggður _____ Kennitala _____

Heimili _____ Póstnúmer _____ Staður _____

Heimasími _____ Farsími _____ Vinnusími _____ Netfang _____

II. Atvinna og sérhætta

Hver er atvinna þín? _____

Stundar þú íþróttir eða eitthvað sem hefur sérstaka áhættu í för með sér? Já Nei

Ef já, skýrðu nánar _____

III. Upplýsingar um heilsufar

1. Nafn og aðsetur heimilislæknis _____

2. Hver er hæð þín og þyngd? _____ cm. _____ kg.

Ef barnshafandi, skal tilgreina áætlaðan fæðingardag hér _____ og þyngd fyrir meðgöngu _____ kg.

3. Reykir þú?

Já, hve mikið daglega? _____ Síðan hvenær? _____

Nei, hefur þú reykt áður? Já Nei Ef já, hvenær hættir þú? _____ mánuður _____ ár

4. Neytir þú áfengis? Já Nei

5. Notar þú eða hefur þú notað lyf að staðaldri? Já Nei Ef já, hvaða lyf? _____

Við hverju? _____ Magn? _____ Hvenær? _____

6a. Hefur þú átt við vandamál að stríða vegna neyslu áfengis og/eða lyfja? Já Nei

6b. Hefur þú þurft að leita þér aðstoðar (t.d. læknaaðstoðar) vegna neyslu áfengis eða lyfja? Já Nei

Ef svar við 6 er játandi þarf að fylla út sérstakt eyðublað.

III. Upplýsingar um heilsufar

7. Hefur þú nú eða hefur þú áður haft eftirfarandi sjúkdóma eða sjúkdómseinkenni eða leitað til læknis vegna þeirra?

- a) Hjarta- eða æðasjúkdóma (þ.m.t. heilaáfall)? Já Nei
- b) Háan blóðþrýsting?..... Já Nei
- c) Maga-, þarma-, eða lifrarsjúkdóma?..... Já Nei
- d) Lungna-, berkju- eða öndunarfæra-sjúkdóma?..... Já Nei
- e) Sjúkdóma í nýrum eða þvagrásarkerfi?..... Já Nei
- f) Kvensjúkdóma?..... Já Nei
- g) Sjúkdóma í beinum, liðum, vöðvum eða húðsjúkdóma?..... Já Nei
- h) Brjós-klos, þursabit, háls- eða hryggverki? Já Nei
- i) Sjúkdóma eða vandamál í taugakerfi t.d. lömun, MS, MND, flogaveiki, svima og höfuðverki (migreni)?..... Já Nei
- j) Sjúkdóma eða vandamál í augum og eyrum?..... Já Nei
- k) Fengið óeðlilegar niðurstöður blóðrannsóknar, t.d. hækkun blóðfitu eða blóðsykurs?..... Já Nei
- l) Krabbamein eða aðra illkynja sjúkdóma/vandamál, frumubreytingar eða vöxt, æxli, blóð- eða eitlasjúkdóma eða góðkynja heilaæxli?..... Já Nei
- m) Efnaskipta-, skjaldkirtils-, kirtlasjúkdóma eða sykursýki?..... Já Nei
- n) Alnæmi (AIDS), eða hefur þú ástæðu til að ætla að þú sért smitaður/smituð af alnæmisveiru(HIV)?..... Já Nei
- o) Orðið fyrir slysi, eitrunum eða sjúkdómum, sem krefjast rannsókna, meðferða eða aðgerða hjá læknum?..... Já Nei
- p) Hefur þú verið metinn öryrki eða bíður þú mats?..... Já Nei
Ef já, tilgreindu örorkuprósentu _____%
og hvers vegna _____
- q) Þunglyndi, kvíða, ADHD eða aðra geðræna sjúkdóma?..... Já Nei
- r) Aðra sjúkdóma eða vandamál?..... Já Nei

Ef svar við einhverjum spurningum frá **a) - r)** er játandi skal tilgreina:

Heiti sjúkdóms eða slyss _____

Hvenær sjúkdóms varð vart eða hvenær slysið varð _____

Hvort bati varð algjör eða að hluta _____

Hvenær umönnun hófst og hvenær henni lauk _____

Hvaða sjúkrastofnun/læknir (tilgreinið aðsetur) stundaði þig _____

8. Hefur þú leitað læknis eða sjúkrastofnunar undanfarin 3 ár eða hefur þú það í hyggju, vegna annars en umgangspesta? Já Nei

Ef já, skýrðu nánar og tilgreindu nafn og heimilisfang heimilislæknis _____

9. Ert þú fullkomlega heilsuhaust(ur) og vinnufær? Já Nei

Ef nei, skýrðu nánar _____

IV. Eigin yfirlýsing og undirskrift

Ég lýsi því hér með yfir að ég hef sjálf(ur) svarað öllum spurningum þessarar umsóknar og staðfesti að öll svör eru sannleiknum samkvæmt og gefin skv. bestu vitund, þar sem ég hef ekki leynt neinum atriðum er skipta kunni máli við áhættumat félagsins. Ég geri mér grein fyrir því að rangar eða ófullkomnar upplýsingar um heilsufar mitt geta valdið skerðingu eða missi bótaréttar og að greidd iðgjöld verði óendurkræf. Svör mín á þessari umsókn eru ásamt skilmálum váttryggingarinnar grundvöllur váttryggingarsamnings milli mín og Tryggingamiðstöðvarinnar hf. ÉG VEITI HÉR MEÐ LÆKNUM, SJÚKRÁHÚSUM OG ÖÐRUM ER HAFA MEÐ HÖNDUM UPPLÝSINGAR UM HEILSUFAR MITT OG SJÚKRASÖGU HEIMILD TIL AÐ VEITA FÉLAGINU OG TRÚNAÐARLÆKNI ÞESS ÞÆR UPPLÝSINGAR ER NAUÐSYNLEGAR KUNNA AÐ VERA VIÐ ÁKVÖRÐUN UM VEITINGU VÁTTRYGGINGARINNAR.

Staður

Dagsetning

Undirskrift váttryggðs

Undirskrift váttryggingartaka