



UMSÓKN UM SLYSA- OG SJÚKRATRYGGINGU

Skv. skilmálum TM nr. 302

- Sjúkra- og slysa-vernd
 Sjúkra-vernd eingöngu

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 umsóknum eða fylgiblöðum. Ef umsóknareyðublaðið 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.

- Sótt er um árstryggingu sem taka skal gildi _____
 Sótt er um skammtímatryggingu sem skal gilda frá _____ til _____

I. Almennar upplýsingar

Vátryggður

Nafn _____ Kt. _____

Heimili _____ Pnr _____ Staður _____

Heimasími _____ Vinnusími _____ Farsími _____ Netfang _____

Vátryggingataki (ef annar en tryggður)

Nafn _____ Kt. _____

Heimili _____ Pnr _____ Staður _____

Heimasími _____ Vinnusími _____ Farsími _____ Netfang _____

II. Bótasvið og fjárhæðir

Óskað er eftir að vátryggingin innifeli eftirfarandi bótaþætti:

SLYSAVERND

Dánarbætur Já Nei Vátryggingarfjárhæð kr. _____

Örorkubætur Já Nei Vátryggingarfjárhæð kr. _____

Dagpeningar Já Nei Vátryggingarfjárhæð kr. _____

Vinnutími

Fritími

Biðtími dagpeninga _____ vikur _____ vikur

Bótatími dagpeninga _____ vikur _____ vikur

Dánarbætur greiðast: _____

Ef enginn réttihafi dánarbóta er tilnefndur, er maki sjálfkrafa réttihafi. Ef maki er ekki til staðar þá börn vátryggðs. Ef hvorki maki né börn eru til staðar eru bætur greiddar til erfingja skv. lögum

SJÚKRAVERND

Örorkubætur Já Nei Vátryggingarfjárhæð kr. _____

Dagpeningar Já Nei Vátryggingarfjárhæð kr. _____

Biðtími dagpeninga _____ vikur

Bótatími dagpeninga _____ vikur

III. Erlendur sjúkrakostnaður og farangur

Skv. skilmálum TM nr. 325 og 335

Ferðast er: Innan Evrópu Utan Evrópu Ferðatími: Frá _____ Til _____

Vátryggingarfjárhæð sjúkrakostnaðar _____ kr. Vátryggingarfjárhæð farangurs _____ kr.

Hver er tilgangur ferðarinnar? _____

Staðfestist hér með upphafsstöfum umsækjanda _____

IV. Aðrar váttryggingar

Ert þú með persónutryggingu hjá öðru váttryggingarfélagi? Já Nei

Ef já, hjá hvaða félagi? _____

vinsamlegast tilgreindu váttryggingarfjárhæðir Dánarbætur _____

Örorkubætur _____

Dagpeningar _____

Var tryggingin tekin með venjulegum skilmálum? (Án takmarkana eða álags á iðgjald) Já Nei

Ef nei, vinsamlegast skýrðu nánar _____

Á eldri trygging að ógildast? Já Nei

V. Lögboðnar ökutækjatrýggingar

Váttryggingin skal ná til slysa sem eru bótaskyld úr lögboðnum ökutækjatrýggingum Já Nei

VI. Atvinna

Í hverju er starf þitt fólgið? (Ef um er að ræða blandað starf, vinsamlegast sundurliðið og tilgreinið hlutfall hvers þáttar)

_____ %

_____ %

Hefur starf þitt einhverja sérstaka áhættu í för með sér? Já Nei

Ef já, vinsamlegast skýrðu nánar: _____

VII. Sérstök áhætta

Óskað er eftir því að váttryggingin nái til einhverra af eftirfarandi áhættuþáttum?: Já Nei

Ef já

a) Keppnisíþróttar annarra en akstursíþróttar Já Nei

Íþróttagrein _____ Aldursflokkur _____ Styrkleikaflokkur _____

b) Einkaflugs Já Nei

c) Svifflugs Já Nei

d) Svifdrekaflugs Já Nei

e) Fallhlifarstökkis Já Nei

f) Fjalla- og ísklifurs Já Nei

g) Akstursíþróttar Já Nei

h) Sportköfunar Já Nei

Ef svar við b) til h) er já, þarf að gera nánari grein fyrir því á sérstöku eyðublaði.

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

Ef nei, skýrðu nánar _____

Staðfestist hér með upphafsstöfum umsækjanda _____

IX. Annað sem umsækjandi vill taka fram og hefur verulega þýðingu fyrir áhættumat

X. Tilgangur félagsins með öflun upplýsinga um áhættuna og yfirlýsing umsækjanda

Tilgangur félagsins með öflun upplýsinga um áhættuna, þar á meðal hjá öðrum en váttryggingartaka/váttryggðum

Þær upplýsingar sem umsækjandi hefur veitt í umsókn þessari, m.a. um heilsufar sitt, mun félagið leggja til grundvallar þegar það tekur afstöðu til umsóknarinnar. Geta upplýsingarnar leitt til þess að váttryggingin er veitt með sérstöku álagi á iðgjald, tilteknum biðtíma fyrir gildistöku váttryggingarinnar, tilteknar áhættur séu undanskildar í váttryggingunni eða váttryggingunni er synjað. Svo félagið geti afgreitt umsóknina samkvæmt þessu, og þegar upplýsingar um heilsufar umsækjanda gefa tilefni til, getur reynst nauðsynlegt að afla frekari upplýsinga um heilsufar og sjúkrasögu umsækjanda hjá læknum, sjúkrastofnunum eða öðrum sem hafa með höndum slíkar upplýsingar. Einnig getur reynst nauðsynlegt að afla slíkra upplýsinga þegar gerð er krafa um bætur úr váttryggingunni. Eru upplýsingarnar þá veittar félaginu og trúnaðarlækni þess. Trúnaðarlæknir og starfsmenn félagsins, sem með upplýsingarnar fara, eru bundnir ævarandi þagnarskyldu um hvaðeina sem upplýsingarnar hafa að geyma.

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

Ég lýsi því hér með yfir að ég hef sjálf(ur) svarað öllum spurningum þessarar umsóknar og staðfesti að öll svör eru sannleikanum samkvæmt og gefin skv. bestu vitund, þar sem ég hef ekki leynt neinum atriðum er þýðingu kann að hafa við áhættumat félagsins. Ég geri mér grein fyrir því að rangar eða ófullnægjandi upplýsingar um heilsufar mitt geta valdið skerðingu eða missi bótaréttar samkvæmt lögum um váttryggingarsamninga og að greidd iðgjöld verði óendurkræf. Þá er mér ljóst í hvaða skyni upplýsingar í umsókn þessari eða frá öðrum eru veittar, svo og að þær eru ásamt skilmálum váttryggingarinnar grundvöllur váttryggingarsamnings milli mín og Líftryggingamiðstöðvarinnar hf.

ÉG VEITI HÉR MEÐ LÆKNUM, SJÚKRAHÚSUM OG ÖÐRUM ER HAFNA MEÐ HÖNDUM UPPLÝSINGAR UM HEILSUFAR MITT OG SJÚKRASÖGU HEIMILD TIL AÐ VEITA FÉLAGINU OG TRÚNAÐARLÆKNI ÞESS ÞÆR UPPLÝSINGAR ER NAUÐSYNLEGAR KUNNA AÐ VERA VIÐ ÁKVÖRDUN UM VEITINGU VÁTTRYGGINGARINNAR OG AFGREIÐSLU HUGSANLEGRAR BÓTAKRÖFU.

Dagsetning

Staður

Undirskrift váttryggðs

Undirskrift váttryggingataka

Ráðgjafi

Nafn _____ Kennitala _____

Athugasemdir félagsins

Umboðsnúmer _____
