



# UMSÓKN UM LÍF-, SJÚKDÓMA- OG/EÐA ÖRORKUTRYGGINGU

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).

## I. Almennar upplýsingar

Vátryggður \_\_\_\_\_ Kennitala \_\_\_\_\_  
Heimili \_\_\_\_\_ Netfang \_\_\_\_\_  
Staður \_\_\_\_\_ Póstnúmer \_\_\_\_\_ Sími \_\_\_\_\_  
Tryggingataki \_\_\_\_\_ Kennitala \_\_\_\_\_

## II. Greiðslur

Ný iðgjöld núverandi viðskiptavina greiðast samkvæmt gildandi greiðslufyrirkomulagi.

Greiðslumáti  Krafa í heimabanka  Kreditkort - vinsamlega hringið inn kortanúmer í síma 515 2038  
 Árlega  Mánaðarlega  Dreift á \_\_\_\_\_ mánuði (2-11 mánuðir)

Greiðandi annar en vátryggður

Nafn \_\_\_\_\_ Kennitala \_\_\_\_\_

## III. Líftrygging - vátryggingafjárhæð og gildistaka

Sótt er um líftryggingu \* að fjárhæð kr. \_\_\_\_\_

Vátryggingin skal taka gildi:  strax, við móttöku umsóknar  við uppsögn núverandi tryggingar  
 síðar, dagsetning: \_\_\_\_\_

\* Raunvirði líftryggingarfjárhæðarinnar helst að fullu til 50 ára aldurs líftryggðs, en lækkar eftir það samkvæmt skilmálum. Ef óskað er eftir því að viðmiðunaráldur lækkunar sé annar, skal hann tilgreindur hér: \_\_\_\_\_ ára.

## IV. Sjúkdómatrygging - vátryggingarfjárhæð og gildistaka

Sótt er um sjúkdómatryggingu að fjárhæð kr. \_\_\_\_\_

Vátryggingin skal taka gildi:  strax, við móttöku umsóknar  við uppsögn núverandi tryggingar  
 síðar, dagsetning: \_\_\_\_\_

## V. Örorkutrygging - vátryggingarfjárhæð og gildistaka

Sótt er um örorkutryggingu að fjárhæð kr. \_\_\_\_\_

Óskað er eftir að trygging innifeli:

Slysavernd - Atvinnuslysatrigging  Slysavernd - Fritímaslysatrigging  Sjúkravernd

Umferðarslys:

Örorkutrygging skal ná til slysa sem eru bótaskyld úr lögboðnum ökutækjatriggingum

Vátryggingin skal taka gildi:  strax, við móttöku umsóknar  við uppsögn núverandi tryggingar  
 síðar, dagsetning: \_\_\_\_\_

## VI. Aðrar persónutryggingar

Hakaðu við ef þú ert með aðrar persónutryggingar

Tegund tryggingar	Vátryggingarfjárhæð	Tryggingafélag	Á eldra skírteini að ógildast?
<input type="checkbox"/> Líftrygging	_____	_____	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
<input type="checkbox"/> Sjúkdómatrygging	_____	_____	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
<input type="checkbox"/> Slysa- og sjúkratrygging	_____	_____	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei

## VII. Forsaga

Hefur þú sótt um líf- sjúkdóma- og eða örorkutryggingu og beiðni þinni verið frestað eða synjað?  Já  Nei

Ef já, hvers vegna? \_\_\_\_\_

## VIII. Tilnefning réttihafa

*á einungis við líftryggingu, merkið aðeins við einn valkost*

**1. Ekki tilnefndur réttihafi:** sé enginn réttihafi tilnefndur er maki líftryggðs sjálfkrafa réttihafi. Láti hann ekki eftir sig maka eru erfingjar hans samkvæmt lögum eða erfðaskrá réttihafar. Með maka er átt við einstakling í hjónabandi eða staðfestri samvist en ekki í óvígðri sambúð.

**2. Skráning réttihafa á nafn**

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

**3. Erfingjar:** þýðir að erfingjar taki hver sinn hlut í hlutfalli við erfðarétt þeirra að lögum eða samkvæmt erfðaskrá.

**4. Tilnefning samkvæmt meðfylgjandi yfirlýsingu:** ef umsækjandi óskar eftir því að tilnefna réttihafa með öðrum hætti, en völ er á umsókn þessari, getur hann skilað inn yfirlýsingu á lausu blaði, sem verður þar með hluti af umsókninni.

## IX. Atvinna, búseta og séráhætta

1. Hver er atvinna þín? \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ %

\_\_\_\_\_ %

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

Ef já vinsamlegast skýrðu nánar: \_\_\_\_\_

4. Ertu með íslenskt ríkisfang? .....  Já  Nei

5. Hefur þú í hyggju að dvelja erlendis? (fyrir utan orlofsferðir) .....  Já  Nei

Ef já, vinsamlega tilgreindu land og dvalartíma \_\_\_\_\_

6. Stundar þú eitthvað sem sérstök áhætta fylgir? .....  Já  Nei

Ef já, vinsamlegast svarið því sem við á

Akstursþróttir  Fallhlífarstökk

Flug  Klifur

Köfun  Svifflug / Svifdrekaflug

Annað \_\_\_\_\_

Ef sérstök áhætta óskast vátryggð vinsamlegast fyllið út viðeigandi eyðublað. Ekki er hægt að tryggja sérstaka áhættu í örorkutryggingu

## X. 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 eða notar annars konar tóbak/nikótín?  
 **Já**, hvaða tegund? \_\_\_\_\_ hve mikið daglega? \_\_\_\_\_ Síðan hvenær? \_\_\_\_\_  
 **Nei**, hefur þú reykt eða notað annars konar tóbak/nikótín?  Já  Nei Ef já, hvenær hættir þú? \_\_\_\_\_ mán/ár
4. Neytir þú áfengis? .....  Já  Nei
5. Neytir þú eða hefur þú neytt vímuefna eða vímugjafa, þar með talið kannabis? .....  Já  Nei
6. Notar þú eða hefur þú notað deyfandi/ örvandi eða ávanabindandi lyf? .....  Já  Nei  
Ef, já hvaða lyf? \_\_\_\_\_
7. Er eða hefur notkun áfengis og/eða annarra vímuefna verið vandamál hjá þér? .....  Já  Nei
8. Hefur þú farið í meðferð vegna áfengis- eða vímuefnanotkunar? .....  Já  Nei
9. Notar þú eða hefur þú notað lyf að staðaldri? .....  Já  Nei  
Ef, já hvaða lyf? \_\_\_\_\_
10. 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 **l)** Krabbamein eða aðra illkynja sjúkdóma/  
vandamál, frumubreytingar eða vöxt, æxli,  
blót- eða eitlasjúkdóma eða góðkynja  
heilaæxli? .....  Já  Nei  
**b)** Háan blóðþrýsting? .....  Já  Nei **m)** Efnaskipta-, skjaldkirtils-, kirtlasjúkdóma eða  
sykursýki? .....  Já  Nei  
**c)** Maga-, þarma-, eða lifrarsjúkdóma? .....  Já  Nei **n)** Alnæmi (AIDS), eða hefur þú ástæðu til að  
ætla að þú sért smitaður/smituð af  
alnæmisveiru(HIV)? .....  Já  Nei  
**d)** Lungna-, berkju- eða öndunarfæra-  
sjúkdóma? .....  Já  Nei **o)** Orðið fyrir slysi, eitrunum eða sjúkdómum,  
sem krefjast rannsókna, meðferða eða  
aðgerða hjá læknum? .....  Já  Nei  
**e)** Sjúkdóma í nýrum eða þvagrásarkerfi? . . .  Já  Nei **p)** Hefur þú verið metinn öryrki eða bíður þú  
mats? .....  Já  Nei  
Ef já, tilgreindu örorkuprósentu \_\_\_\_\_%  
og hvers vegna \_\_\_\_\_  
**f)** Kvensjúkdóma? .....  Já  Nei **q)** Þunglyndi, kvíða, ADHD eða aðra geðræna  
sjúkdóma? .....  Já  Nei  
**g)** Sjúkdóma í beinum, liðum, vöðvum eða  
húðsjúkdóma? .....  Já  Nei **r)** Aðra sjúkdóma eða vandamál? .....  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 (migrení)? .....  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

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 \_\_\_\_\_

11. 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 \_\_\_\_\_

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

Ef nei, skýrðu nánar \_\_\_\_\_

## **XI. Annað sem umsækjandi vill taka fram og hefur verulega þýðingu fyrir áhættumat**

---

---

---

## **XII. Upplýsingar um fjölskyldusögu**

Athugið: afla þarf samþykkis foreldra eða systkina áður en upplýsingarnar um heilsufar þeirra eru veittar, sé það mögulegt.

Eru foreldrar eða systkini með, eða hafa þau greinst með eftirtalda sjúkdóma: Hjarta- eða æðasjúkdóma, heilablóðfall, háan blóðþrýsting, sykursýki, nýrnasjúkdóma, krabbamein, MS, MND, Parkinsonsjúkdóm eða Alzheimerssjúkdóm? . . .  Já  Nei

Ef já skýrðu nánar, sjúkdómsheiti og tegund krabbameins ef við á \_\_\_\_\_

Aldur við greiningu \_\_\_\_\_

### **Staðfesting umsækjanda um samþykki foreldra og systkina fyrir veitingu heilsufarsupplýsinga**

Ég staðfesti hér með að upplýsingar um heilsufar foreldra og systkina minna eru veittar með samþykki þeirra.

\_\_\_\_\_

Dagsetning og staður

\_\_\_\_\_

Undirskrift

## **XIII. 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, tiltekna 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 og staður

\_\_\_\_\_

Undirskrift

### **Ráðgjafi**

Nafn \_\_\_\_\_ Kennitala \_\_\_\_\_