

Beiðni um slysatryggingu

Ráðgjafi _____

Skírteinisnúmer _____

Leiðbeiningar um útfyllingu.

Sá váttryggðri skal ávalt fylla út váttryggingarbeiðni sjálfur. Við útfyllingu beiðni ber að vera eins nákvæm/ur og mögulegt er. Ef einhver vafi er um hvort einstök atriði skipta máli við mat okkar á beiðni þinni þá vinsamlega skráðu þau niður. Mikilvægt er að skrá meira en minna. Ef mistök eru gerð við útfyllingu beiðni þá vinsamlega notist ekki við leiðréttingarvökva heldur strikið yfir, leiðréttið og setjið upphafsstafi við leiðréttinguna.

Loforð og samkomulag milli mín og ráðgjafa skulu tilgreind á beiðni þessari. Farið er með öll gögn sem trúnaðarmál.

I. Grunnupplýsingar.

Váttryggður _____ Kennitala _____

Heimilisfang _____ Póstnúmer _____ Staður _____

Sími _____ Farsími _____ Fax _____

Netfang _____

Váttryggingartaki/greiðandi (ef annar en váttryggður) _____

Kennitala _____ Heimilisfang _____

II. Atvinna, séráhætta - Allar breytingar á starfi er varða áhættu félagsins ber að tilkynna félaginu.

1. Aðalstarf váttryggðs _____ Önnur störf? Nei Já

Ef já, hvaða? _____ Óskast váttryggt? Nei Já

2. Stundar þú eitthvað sem sérstök áhætta fylgir s.s. fjallaklifur, einkaflug, svifflug, svifdrekaflug, fallhlífastökk, köfun, akstursíþróttir eða annað þess háttar sem óskast váttryggt? Nei Já

Ef já, þá vinsamlega fyllið út viðeigandi eyðublað.

3. Hefur þú í hyggju á næstunni að ferðast til stríðshráðra landa eða þar sem átök geysa? Nei Já

Ef já, þá vinsamlega tilgreindu nánar land/landsvæði og dvalartíma _____

III. Tryggingategund og váttryggingarfjárhæð. Gildistaka.

1. Slysatrygging

Slysaörorkubætur við 100% örorku _____

Dagpeningar á viku (hámark 75% launa) _____

Biðtími 2 vikur 4 vikur 8 vikur 12 vikur 26 vikur

Bótatími 1 ár 2 ár 3 ár (ath. að frá dregst biðtími).

2. Innlendur sjúkrakostnaður

Nei Já

3. Dánarbætur vegna slyss kr.

Réttthafi dánarbóta; Dánarbætur greiðast til maka váttryggðs. Sé maki ekki til staðar greiðast þær erfingja skv. lögum eða erfðaskrá. Með orðinu maki er samkvæmt lögum átt við maka í hjúskap eða staðfestri samvist en ekki í óvígðri sambúð.

Ef annarra tilnefninga er óskað skal það tilgreint hér;

Nafn _____ kt. _____

4. Ert þú með slysatryggingu í gildi hjá öðru félagi ? Nei Já

Ef já, vinsamlega tilgreindu váttryggingarfjárhæð og hjá hvaða félagi _____

Á eldra skírteini að ógildast ? Nei Já

Ef já, þá vinsamlega fylltu út uppsögn ef félagið skal segja upp tryggingu

Trygging skal taka gildi;

Strax við samþykkt umsóknar.

Síðar – dagsetning _____

5. Hefur beiðni þinni um persónutryggingu verið synjað, frestað eða iðgjald hækkað ? Nei Já

Ef já, hvers vegna? _____

IV. Heilsufarsupplýsingar.

1. Nafn og aðsetur heimilislæknis _____

2. Hæð _____ Þyngd _____ (ef barnshafandi tilgreinið þyngd fyrir þungun)

3. Reykir þú eða hefur þú reykt ? Nei Já

Ef já, hversu mikið daglega ? _____ Reykt frá _____ hætt mán. / ár _____

4. Hefur þú haft einhverja sjúkdóma, einkenni eða orðið fyrir líkamlegum meiðslum, slysum eða eitrunum sem hafa krafist eða geta krafist rannsókna, aðgerða eða meðferða ? Nei Já

Ef já, tilgreindu nánar hvað, hvenær og nafn þess læknis er annaðist þig _____

5. Urðu einhverjar varanlegar afleiðingar ? Nei Já

Ef já, hverjar ? _____

6. Hefur þú verið metinn öryrki eða bíður þú eftir örorkumati ? Nei Já

Ef já, hvers vegna og tilgreindu % örorku _____

7. Hefur þú nú eða áður haft sjúkdóma í skynfærum s.s. skerta heyrn eða sjón ? Nei Já

Ef já, vinsamlega útlistaðu nánar _____

8. Hefur þú nú eða áður haft slæma verki eða önnur vandamál frá stoðkerfi (s.s gigt, bakvandamál ofl.) ? Nei Já

Ef já, vinsamlega útlistaðu nánar _____

9. Ert þú og hefur þú undanfarin þrjú ár verið fullkomlega heilsuhraust/ur og vinnufær ? Nei Já

Ef nei, tilgreinið nánar hvers vegna ? _____

10. Hefur þú leitað læknis eða sjúkrastofnunar á undanförunum þremur árum vegna annars en umgangspesta (t.d. meðferðir, rannsóknir eða myndrannsóknir) ? Nei Já

Ef já, útskýrðu hvers vegna, hvenær og nafn læknis og aðsetur _____

11. Ert þú eða hefur þú verið á lyfjum ?

Nei Já

Ef já, tilgreinið heiti lyfs, skammtastærðir, ástæða notkunar og tiltakið tímabil lyfjatöku ? _____

12. Neytir þú áfengis ?

Nei Já

13. Notar þú eða hefur þú notað deyfandi eða örvandi lyf ?

Nei Já

14. Er eða hefur notkun áfengis og/eða annarra vímuefna verið vandamál hjá þér ?

Nei Já

15. Hefur þú leitað læknis vegna áfengis – eða fíkniefnanotkunar ?

Nei Já

Ef einhverri af spurningum 13-15 var svarað játandi þá vinsamlega fyllið út viðeigandi viðbótarblað.

V. Iðgjaldagreiðslur.

Beingreiðslur

Greiðsluseðill

Greiðslukort

VISA

EURO

Fjöldi greiðslna _____

Kortanúmer _____

Gildistími _____

Heimild korthafa _____

kt. _____

VI. Eigin yfirlýsing og undirskrift.

Upplýsingar þær sem váttryggður gefur í beiðni þessari verða notaðar til að meta áhættu félagsins og ákveða iðgjald váttryggingarinnar. Starfsmenn félagsins leggja mat á upplýsingarnar og meta hvort þörf sé á viðbótarupplýsingum um fyrri heilsufar umsækjanda frá læknum, sjúkrastofnunum eða öðrum sem hafa með höndum slíkar upplýsingar eða hvort frekari rannsóknir séu nauðsynlegar áður en unnt er að taka endanlega ákvörðun um váttryggingartökuna. Slíkar upplýsingar eru veittar félaginu og ráðgefandi lækni. Ekki er tekin afstaða til beiðni fyrir en allar nauðsynlegar upplýsingar liggja fyrir. Geta upplýsingar leitt til þess að váttrygging er veitt með hækkun á iðgjaldi, frestun á gildistöku váttryggingar, tilteknar áhættur séu undanskildar eða að váttryggingu sé hafnað.

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

Yfirlýsing

Ég undirrituð/aður lýsi hér með yfir að ég hef sjálf(ur) svarað öllum spurningum þessarar beiðni og staðfesti hér með að svör mín eru samkvæmt bestu vitund, rétt og sannleikanum samkvæm og ekki eru undanskilin atriði sem kunna að skipta máli við áhættumat félagsins. 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 beiðni þessari eða frá öðrum eru veittar svo að þær ásamt skilmálum váttryggingar þessarar eru grundvöllur samnings milli mín og Varðar trygginga hf. Mér er ljóst að váttrygging þessi nær ekki til fyrri sjúkdóma eða slysa eða apeiðinga þeirra. Ég undirritaður/ undirrituð veiti hér með Verði tryggingum hf. heimild til þess að veita Verði líftryggingum hf. aðgang að upplýsingum um mig sem nauðsynlegar eru við vinnslu beiðni og uppgjör tjóna. Ég samþykki að vinnsla upplýsinga fari fram á þann hátt sem lýst er hér að framan og geri mér grein fyrir tilgangi vinnslunnar.

Veiti ég læknum, sjúkrastofnunum og öðrum sem hafa með höndum upplýsingar um heilsufar mitt heimild til að veita félaginu og ráðgefandi lækni þess allar slíkar upplýsingar er nauðsynlegar kunna að vera við ákvörðun um veitingu váttryggingarinnar eða 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 sem skal gert skriðlega. Ég hef kynnt mér skilmála váttryggingarinnar og samþykki þá.

Undirskrift váttryggðs _____

dags _____

Vottað af ráðgjafa _____

dags _____

Fyllist út af félaginu _____