

Beiðni um Líf-, sjúkdóma- og starfsörorkutryggingu

Ráðgjafi _____

I. Grunnupplýsingar

Vátryggingartaki _____ Kennitala _____

Heimilisfang _____ Póstnúmer _____ Staður _____

Sími _____ Farsími _____ Netfang _____

 Gift(ur) ógift(ur) kt. maka/sambúðaraðila _____

II. Iðgjaldagreiðslur

Greiðslumáti Kröfur í heimabanka Kreditkort - vinsamlega hringið inn kortanúmer í síma 5141000 Árlega Á 6 mánaða fresti Á 3 mánaða fresti Mánaðarlega

Greiðandi annar en vátryggingartaki Nafn _____ Kennitala _____

III. Umsækjandi skal sjálfur fylla út beiðnina hér á eftir

Vinsamlegast fylltu út umsóknina eins nákvæmlega og þú getur. Ef þú ert í vafa um hvort eitthvert atriði skipti máli, skaltu taka það fram frekar en að sleppa því. Ef þú gerir mistök við útfyllingu, vinsamlegast strikaðu yfir þau (ekki nota leiðréttingarvökva), settu inn réttar upplýsingar og upphafsstafi þína og dagsetningu sem næst rétta svarinu. Vinsamlegast notið svartan eða bláan penna. Vörður líftryggingar hf. fer með öll þín gögn sem trúnaðarmál.

IV. Líftrygging - Vátryggingarfjárhæð - Gildistaka

 Líftrygging, vátryggingarfjárhæð kr. _____Ertu líftryggð(ur) annars staðar? Já Nei

Ef já, tilgreindu vátryggingarfjárhæð og hjá hvaða félagi _____

Á eldra skírteini að ógildast? Já Nei Ef já, þá skal fylla út uppsögn ef félagið skal segja upp tryggingu

Trygging skal taka gildi:

 Strax við móttöku umsóknar Síðar – dagsetning _____ Við uppsögn núverandi tryggingar

Rétthafaskráning (ath. merkið einungis við einn valmöguleika)

 Ekki tilnefndur rétthafi: Sé ekki tilnefndur rétthafi bóta fer um rétt til greiðslu samkvæmt 100. gr. laga um vátryggingarsamninga nr. 30/2004. Það þýðir að líftryggingarfjárhæðin rennur til maka vátryggðs. Ef vátryggður 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:** Erfingjar fá hver sinn hluta skv. erfðalögum. **Skráning á nafn/nöfn ***

Nafn _____ Kennitala _____ Hlutfall _____

Nafn _____ Kennitala _____ Hlutfall _____

Nafn _____ Kennitala _____ Hlutfall _____

Nafn _____ Kennitala _____ Hlutfall _____

* Sé vátryggður í hjúskap ber félaginu samkvæmt 101. gr. laga nr. 30/2004 að tilkynna maka hans um tilnefningu rétthafa.

V. Sjúkdómatrygging - Vátryggingarfjárhæð - Gildistaka

Sjúkdómatrygging, vátryggingarfjárhæð kr. _____

Ertu sjúkdómatryggð(ur) annars staðar? Já Nei

Ef já, tilgreindu vátryggingarfjárhæð og hjá hvaða félagi _____

Á eldra skírteini að ógildast? Já Nei Ef já, þá skal fylla út uppsögn ef félagið skal segja upp tryggingu

Trygging skal taka gildi:

Strax við móttöku umsóknar Síðar – dagsetning _____ Við uppsögn núverandi tryggingar

Iðgjaldafrelsi Já (iðgjald tryggingar hækkar um 2%) Nei (14 gr. skilmála um iðgjaldafrelsi er undanskilin)

VI. Starfsörorkutrygging vegna slyss eða sjúkdóms - Gildistaka

Starfsörorkutrygging, vátryggingarfjárhæð kr. _____ á mánuði

Biðtími 6 mánuðir / Bótatími til 65 ára aldurs

Ertu starfsörorkutryggð(ur) annars staðar? Já Nei

Ef já, tilgreindu vátryggingarfjárhæð og hjá hvaða félagi _____

Á eldra skírteini að ógildast? Já Nei Ef já, þá skal fylla út uppsögn ef félagið skal segja upp tryggingu

Trygging skal taka gildi:

Strax við móttöku umsóknar Síðar – dagsetning _____ Við uppsögn núverandi tryggingar

VII. Atvinna - Séráhætta - Búseta

1. Starf _____ Í hverju felst starf þitt? _____

Launþegi Sjálfstæður atvinnurekandi Starfshlutfall _____%

2. Stundar þú eitthvað sem sérstök áhætta fylgir ss. fjallaklifur erlendis, einkaflug, svifflug, svífðrekaflug, fallhlífastökk, köfun, akstursíþróttir eða annað þess háttar? Já Nei Ef já, þá vinsamlega fyllið út viðeigandi eyðublað

3. Ætlar þú eða hefur þú búið erlendis fyrir utan orlofsferðir? Já Nei Ef já, tilgreindu land og tímabil búsetu þar

VIII. Heilsufarsupplýsingar

1. Nafn og/eða aðsetur heimilislæknis sem leitað er til _____

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

Ef barnshafandi tilgreinið áætlaðan fæðingardag _____

3. Reykir þú, eða hefur þú reykt síðastliðna 12 mánuði eða notað annars konar tóbak/nikótín? Já Nei

Ef já, hvaða tegund tóbaks og hversu mikið að meðaltali á dag? _____

4. Hefur persónuþryggingu hjá þér verið synjað, frestað eða iðgjald hækkað? Já Nei

Ef já, útskýrðu nánar hvar og hvers vegna _____

5. Hefur þú fengið bætur vegna slyss eða sjúkdóms hjá öðru váttryggingarfélagi? Já Nei

Ef já, tilgreindu váttryggingarfélag, hvenær og hvers vegna _____

6. Hefur þú nú eða áður haft eftirfarandi (strikið undir það sem við á):

a) Sjúkdóm/vandamál eða einkenni frá hjarta, æðakerfi, heilaæðum eða háan blóðþrýsting? Já Nei

b) Sjúkdóm /vandamál eða einkenni frá maga, lifur, gallblöðru, skeifugörn, brisirtli, smáþörmum, ristli, endaparmi, nýrum eða þvagrásarkerfi? Já Nei

c) Sjúkdóm í lungum, astma, berkjubólgu, ofnæmi, mæði eða önnur einkenni frá öndunarferum? Já Nei

d) Húðsjúkdóma eða einkenni frá beinum, liðum og/eða vöðvum? Já Nei

e) Brjós-klos, þursabit, verki í hálsi, verki í hrygg eða aðra baksjúkdóma? Já Nei

f) Sjúkdóm/vandamál eða einkenni frá taugakerfi, lömun, heila- og mænisigg (MS), hreyfitaugasjúkdóm (MND), flogaveiki, svima, skjálfta, höfuðverk eða mígreni? Já Nei

g) Sjúkdóm/vandamál eða einkenni frá skynferum s.s. augum og/eða eyrum? Já Nei

h) Fengið óeðlilegar niðurstöður rannsókna t.d. hækkun blóðfitu eða blóðsykurs? Já Nei

i) Krabbamein eða aðra illkynja sjúkdóma eða vandamál, frumubreytingar eða vöxt, breytingar í fæðingarblett, æxli, blóðsjúkdóm, eitlasjúkdóm eða góðkynja heilaæxli? Já Nei

j) Efnaskipta-, skjaldkirtils- eða kirtlasjúkdóma og/eða sykursýki? Já Nei

k) Við rannsókn verið greind/ur með alnæmi (AIDS), ert að bíða eftir niðurstöðu þess háttar rannsóknar, eða hefur ástæðu til þess að ætla að þú sért smituð/aður af alnæmisveiru (HIV)? Já Nei

l) Geðsjúkdóma/vandamál, þar með talið þunglyndi eða kvíða? Já Nei

m) Aðra sjúkdóma, vandamál eða einkenni? Já Nei

n) Hefur þú gengist undir skurðaðgerð eða er skurðaðgerð fyrirhuguð? Já Nei

o) Hefur þú misst fleiri en 3 vikur samfleytt úr vinnu á síðustu 3 árum vegna veikinda eða slyss? Já Nei

Hafir þú svarað einhverjum spurningum frá a)-o) játandi þá vinsamlega tilgreindu eftirfarandi:

l. Hvaða sjúkdóm/einkenni varst þú með _____

II. Hvenær sjúkdóms/einkenna varð vart _____

III. Hve lengi sjúkdómur/einkenni varði _____

IV. Bati? Bati að fullu Bati að hluta

V. Hvenær umönnun hófst og hvenær henni lauk _____

VI. Hvaða læknir/heilbrigðisstofnun annaðist þig (nafn og aðsetur) _____

7. Hefur þú haft einhverja sjúkdóma, einkenni eða orðið fyrir líkamlegum meiðslum, slysum eða eitrunum

sem hafa krafist eða geta krafist rannsókna, aðgerða eða meðferða? Já Nei

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

8. Hefur þú verið metin/n öryrki eða bíður þú eftir örorkumati? Já Nei

Ef já, hvers vegna og tilgreindu % örorku _____

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

Ef nei, tilgreinið nánar hvenær og hvers vegna? _____

10. Hefur þú leitað læknis eða sjúkrastofnunar á undanförunum þremur árum vegna annars en umgangspesta

(t.d. meðferðir, rannsóknir eða myndrannsóknir) eða hefur þú það í hyggju? Já Nei

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

11. a) Ert þú á lyfjum? Já Nei

b) Hefur þú áður verið á lyfjum? Já Nei

Ef já, tilgreinið heiti lyfs, skammtastærðir, tímabil lyfjatöku og vegna hvers _____

12. Neytir þú eða hefur þú neytt vímuefna eða vímugjafa (annarra en áfengis)? Já Nei

13. Er eða hefur notkun áfengis og/eða annarra vímuefna verið vandamál hjá þér? Já Nei

14. Hefur þú farið í meðferð vegna áfengis- eða vímuefnanotkunar? Já Nei

15. Neytir þú áfengis? Já Nei

Ef já, hve mikið magn að meðaltali á viku? _____

Umsækjandi skal afla samþykkis foreldra og/eða systkina áður en upplýsingar um heilsufar þeirra eru veittar, sé slíkt mögulegt

16. Eru foreldrar eða systkini látin? Já Nei

Ef já, tilgreinið aldur við andlát og dánarorsök _____

17. Hafa foreldrar eða systkini fengið hjarta- eða æðasjúkdóm, heilablóðfall, háan blóðþrýsting, sykursýki, hrörnunarjúkdóm nýrnasjúkdóm, krabbamein, taugasjúkdóma (MS,MND), Parkinsonsjúkdóm eða Alzheimersjúkdóm? Já Nei

Ef já, tilgreindu nánar kyn og aldur við greiningu, sjúkdóm og tegund krabbameins ef svo er _____

IX. Viðbótarupplýsingar

X. Undirskrift

Staður og dagsetning

Undirskrift váttryggingartaka

Vinsamlegast skráið upphafsstafi á síðu 1-4

Undirskrift starfsmanns / váttryggingamiðlara

XI. Upplýst samþykki til gagnaöflunar

Útfylling

Ég undirrituð/aður sæki um framangreindar tryggingar á grundvelli skilmála þeirra, sem ég hef kynnt mér. Ég staðfesti hér með að ég svaraði sjálf/sjálfur framangreindum spurningum og svörin eru samkvæmt minni bestu vitund rétt og sannleikanum samkvæmt. Mér er ljóst að váttryggingin nær ekki til fyrri slysa og sjúkdóma eða afleiðinga þeirra. Ég geri mér grein fyrir að rangar eða ófull-komnar upplýsingar geta valdið missi bótaréttar að hluta eða öllu leyti og greidd iðgjöld tapast. Ég staðfesti með undirritun minni

að ég hef verið upplýst/ur um það að félagið notar ákveðnar viðmiðunarreglur við áhættumat persónuþrygginga, bæði eigin reglur og reglur frá endurtryggjanda á hverjum tíma, til mats á þeim heilsufarsvanda/sjúkdómum sem tilgreindir eru á váttryggingarbeiðni eða samkvæmt upplýsingum í gögnum sem kunna að koma fram síðar.

Ábyrgð

Mér er ljóst að ábyrgð félagsins hefst ekki fyrr en það hefur mótttekið fullbúna, skriflega váttryggingarbeiðni sem samþykkt hefur verið af áhættumati félagsins, nema váttryggingartaki hafi skriflega óskað eftir öðrum gildistöku tíma og hefst þá ábyrgðin frá því tímamarki, sbr. 73. og 74. gr. laga um váttryggingarsamninga nr. 30/2004. Loforð og samkomulag milli mín og ráðgjafa skulu koma fram í váttryggingarbeiðni þessari. Svör mín, ásamt skilmálum, eru grundvöllur váttryggingarsamnings milli mín og Varðar.

Samþykki til að afla upplýsinga og vinnsla persónuupplýsinga

Sérfræðingar Varðar í áhættumati meta hvort þörf er á viðbótarupplýsingum vegna heilsufars þar með talið frá læknum eða sjúkrastofnunum eða hvort þörf er á heilsufarsskoðun. Með undirritun minni heimila ég Verði að afla nauðsynlegra upplýsinga frá læknum, sjúkrahúsum, heilsugæslustöðvum og öðrum sjúkrastofnunum/meðferðaraðilum um heilsufar mitt, ef eitthvað kemur fram á váttryggingarbeiðni minni sem gefur tilefni til ítarlegri skoðunar, með vísan til 82. gr. laga nr. 30/2004 um váttryggingarsamninga.

Mér er ljóst að tilgangurinn með öflun þessara upplýsinga er sá að félagið þarf að geta metið áhættu sína og hvort að hægt sé að veita váttryggingartaka tryggingu. Heimildin til upplýsingaröflunar er nauðsynleg til að koma á samningssambandi og byggist á lagaheimild. Í 82. gr. laga nr. 30/2004 um váttryggingarsamninga er kveðið á um heimild váttryggingafélaga til að óska eftir hverjum þeim gögnum sem eru nauðsynleg áhættumati. Í þeim tilgangi er félaginu heimilt að óska upplýsinga um sjúkdóma sem váttryggingartaki eða váttryggður er haldinn óháð því hvernig sjúkdómurinn hefur greinst. Félagið fer með allar upplýsingar sem aflað er á grundvelli yfirlýsingar þessarar sem trúnaðarmál. Upplýsingarnar munu eingöngu nýttar í því skyni að koma á eða viðhalda váttryggingarsamningi samkvæmt váttryggingarbeiðni þessari til þess að meta bótaskyldu félagsins eða til tölfræðilegrar gagnavinnslu.

Í persónuverndarstefnu Varðar er fjallað nánar um í hvaða tilgangi Vörður safnar persónuupplýsingum og hvernig þær eru unnar. Persónuverndarstefnuna er að finna á heimasíðu Varðar. Mér er kunnugt um að Vörður mun nota upplýsingar þessar eingöngu vegna þeirrar þjónustu sem veitt er nú hjá félaginu og að aðgangur að upplýsingum er eingöngu í höndum þeirra starfsmanna sem þurfa á þeim að halda starfs síns vegna. Upplýsingarnar eru aldrei geymdar lengur en þörf er á fyrir vinnslu þeirra. Vörður fer með meðhöndlun upplýsinga í samræmi við gildandi persónuverndarlög.

Leyfi til að miðla upplýsingum

Ég heimila félaginu að miðla persónuupplýsingum til vinnsluáðila í þeim tilvikum þegar Vörður telur það nauðsynlegt til að uppfylla samningsskyldur sínar. Vegna áhættumats váttrygginga, er nauðsynlegt að miðla til ákveðinna aðila t.d. til endurtryggjanda, trúnaðarlækna og heilbrigðisstofnana.

Afturköllun samþykkis

Ég geri mér grein fyrir að mér er heimilt að afturkalla samþykki mitt til upplýsingaöflunar hjá félaginu með vísan til gildandi persónuverndarlaga. Ég geri mér grein fyrir að þar sem umrædd upplýsingaöflun er forsenda fyrir váttryggingarsamningi þessum gæti slík afturköllun haft í för með sér að ekki stofnist til samnings milli mín og félagsins að félagið geti slitið samningnum, eða að til þess geti komið að ekki greiðast út bætur þar sem félagið hafi ekki forsendur til þess að meta bótaskyldu sína.

Staðfesting á samþykki foreldra/systkina

Ég staðfesti með undirskrift minni að upplýsingar um heilsufar foreldra og/eða systkina minna séu veittar með samþykki þeirra sbr. 1. mgr. 82. gr. laga nr. 30/2004.

Staður og dagsetning

Undirskrift váttryggingartaka