

Skírteini nr.: _____

Nafn: _____

Kennitala: _____

Afkomutrygging

SJÓVÁ

Leiðbeiningar

Vátryggingartaki skal ávallt fylla út vátryggingarbeiðnina sjálfur. Við útfyllingu umsóknarinnar ber að vera eins nákvæm/ur og mögulegt er. Ef þú ert í einhverjum vafa um hvort einstök atriði skipta máli við mat okkar á umsókn þinni, vinsamlega skráðu þau niður.

Ef þú gerir mistök við útfyllingu umsóknar, vinsamlega strikaðu yfir þau, leiðréttu og settu upphafsstafi þína sem næst leiðréttingunni. Ekki nota leiðréttingarvökva, s.s. Tipp-Ex.

Sjóvá-Almennar líftryggingar hf. fara með öll gögn sem trúnaðarmál.

I. Grunnupplýsingar

Vátryggð/ur _____ Kennitala _____

Heimilisfang _____ Póstnúmer _____ Staður _____

Heimasími _____ Vinnusími _____ Farsími _____ Fax _____

Netfang _____ Kennitala maka _____

II. Atvinna, séráhætta

1. Starfsheiti: _____

a) Staða/atvinna vátryggðs (merkja við einn valkost)

Sjálfstæður atvinnurekandi. Stjórnun, þjónusta/sölustörf.

Sjálfstæður atvinnurekandi. Einnig störf við framleiðslu.

Fastráðinn starfsmaður. Stjórnun, þjónusta/sölustörf.

Fastráðinn starfsmaður. Einnig störf við framleiðslu.

Faglærður iðnaðarmaður.

Ófaglærður iðnaðarmaður.

Ekki í launuðu starfi.

2. Stundar þú eitthvað sem sérstök áhætta fylgir, svo sem fjallaklifur erlendis, einkaflug, sviffug, svifdrekaflug, fallhlífastökk, köfun, akstursíþróttir eða annað þess háttar? Nei Já
Ef já, þá fyllið út sérstakt eyðublað

3. Hefur þú í hyggju á næstu þremur árum að ferðast til stríðshrjáðra landa eða þar sem átök geysa? Nei Já
Ef já, tilgreindu land og dvalartíma: _____

III. Tryggingategund, fjárhæðir og gildistaka

Afkomutrygging

1. Mánaðarleg fjárhæð kr. _____
Vátryggingafjárhæðin er valin að teknu tilliti til áunninu lífeyrisréttinda

2. a) Hversu lengi hefur þú verið í núverandi starfi? _____

b) Stundar þú einnig önnur störf? _____

c) Hver voru meðalmánaðarlaun þín sl. 12 mánuði? _____

4. Reykir þú eða hefur þú reyktt? Nei Já
Ef já, hversu mikið daglega? _____ Reykt frá _____ hætt mán./ár _____

IV. Upplýsingar um heilsufar

1. Hefur þú nú eða áður haft eftirfarandi: (Vinsamlega krossið við nei eða já við allar spurningar frá a) til o))

- a) Sjúkdóm/vandamál eða einkenni frá hjarta, æðakerfi, heilaæðum (t.d. heilaáfall/slag) eða háan blóðþrýsting? Nei Já
- b) Sjúkdóm/vandamál eða einkenni frá maga, lifur, gallblöðru, skeifugörn, briskirtli, smáþörmum, ristli, endaparmi, nýrum eða þvagrásarkerfi? Nei Já
- c) Sjúkdóm í lungum, asma, berkjubólgu, ofnæmi, mæði eða önnur einkenni frá öndunarfærum? Nei Já
- d) Sjúkdóm/vandamál eða einkenni frá beinum, liðum, vöðvum eða húdsjúkdóma? Nei Já
- e) Brjós-klos, þursabit, verki í hálsi, verki í hrygg eða aðra baksjúkdóma? Nei Já
- f) Sjúkdóm/vandamál eða einkenni frá taugakerfi, lömun, heila- og mænisigg (MS), hreyfitaugasjúkdóm (MND), flogaveiki, svima, skjálfta, höfuðverk eða mígreni? Nei Já
- g) Sjúkdóm/vandamál eða einkenni frá augum eða eyrum? Nei Já
- h) Fengið óeðlilegar niðurstöður rannsókna, t.d. hækkun blóðfitu eða blóðsykurs? Nei Já
- i) Krabbamein eða aðra illkynja sjúkdóma/vandamál, frumubreytingar eða vöxt, æxli, blóðsjúkdóm, eitlasjúkdóm eða góðkynja heilaæxli? Nei Já
- j) Efnaskipta-, skjaldkirtils- eða kirtlasjúkdóma og/eða sykursýki? Nei Já
- k) Við rannsókn verið greind/ur með alnæmi (AIDS), ert þú að bíða eftir niðurstöðu þess háttar rannsóknar eða hefur þú ástæðu til þess að ætla að þú sért smituð/smitaður af alnæmisveiru (HIV)? Nei Já
- l) Haft einhverja sjúkdóma, einkenni eða orðið fyrir líkamlegum meiðslum, slysum eða eitrunum sem hafa krafist eða geta krafist rannsókna, aðgerða eða meðferða? Nei Já
- m) Verið metin/n öryrki eða bíður þú eftir örorkumati? Nei Já
Ef já, örorkumat _____ %, hvers vegna? _____
- n) Þunglyndi, kvíða eða önnur vandamál af andlegum toga Nei Já
- o) Aðra sjúkdóma/vandamál og/eða einkenni? Nei Já
- p) Ert þú eða hefur þú verið í meðferð, rannsóknum og/eða myndrannsóknum? Nei Já
- r) Ert þú og hefur þú undanfarin þrjú ár verið fullkomlega heilsuhraust/ur og vinnufær? Nei Já
- s) Hefur þú leitað læknis eða sjúkrastofnunar á síðustu þremur árum vegna annars en umgangspesta? Nei Já

Hafir þú svarað einhverjum spurningum a) til s) játandi, tilgreindu frekar:

i. Heiti sjúkdóms/lýsing einkenna/lýsing slyss: _____

ii. Hvenær sjúkdóms/einkenna varð vart/hvenær slys varð: _____

iii. Hve lengi sjúkdómur/einkenna varði/afleiðingar slyss: _____

iv. Hvort bati var alger eða að hluta: _____

v. Hvenær umönnun hófst og hvenær henni lauk: _____

vi. Hvaða sjúkrastofnun, hvaða læknir stundaði þig og aðsetur læknis: _____

IV. Upplýsingar um heilsufar frh.

2. Nafn heimilislæknis: _____ Aðsetur: _____

3. Hæð þín: _____ cm Þyngd þín: _____ kg.

Ef barnshafandi þegar trygging er tekin. Áætlaður fæðingardagur: _____

4. Hefur beiðni þinni um persónuþryggingar verið synjað, frestað eða iðgjald hækkað? Nei Já

Ef já, útskýrðu nánar: _____

5. Ert þú eða hefur þú verið á lyfjum? Nei Já

Ef já, hvaða lyf, í hvaða skömmtum og hvers vegna/tímabil lyfjatöku?

6. Notar þú eða hefur þú notað deyfandi eða örvandi lyf? Nei Já

Ef já, fylla þarf út sérstakt eyðublað.

7. Neytir þú áfengis? Nei Já

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

Ef já, fylla þarf út sérstakt eyðublað.

9. Hefur þú leitað læknis vegna áfengis- eða fíkniefnanotkunar? Nei Já

Ef já, fylla þarf út sérstakt eyðublað.

10. Eru foreldrar eða systkini látin? Nei Já

Ef já, tilgreinið dánaraldur og dánarorsök: _____

11. Hafa foreldrar eða systkini fengið hjarta- eða æðasjúkdóma, heilablóðfall, háan blóðþrýsting, sykursýki, nýrnasjúkdóma, krabbamein, MS, MND, parkinsonsjúkdóm eða alzheimersjúkdóm fyrir 60 ára aldur? Nei Já

Ef já, útskýrðu nánar: _____

VI. Eigin yfirlýsing og undirskrift

Tilgangur félagsins með öflun upplýsinga um áhættuna

Þær upplýsingar sem umsækjandi veitir í umsókn þessari verða notaðar til þess að meta áhættu félagsins. Starfsmenn félagsins leggja mat á upplýsingarnar og meta hvort þörf sé á viðbótarupplýsingum um fyrri heilsufar umsækjanda frá læknum, sjúkrahúsinum eða öðrum sem hafa með höndum slíkar upplýsingar eða hvort læknisrannsókn sé nauðsynleg áður en unnt er að taka endanlega ákvörðun um váttryggingartökuna. Slíkar upplýsingar eru veittar félaginu og trúnaðarlækni þess auk þess sem upplýsingar eru veittar endurtryggjendum. Sé þörf á viðbótarupplýsingum um heilsufar verður ekki tekin afstaða til umsóknarinnar fyrir en þær liggja fyrir. 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.

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

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

Ég undirrituð/undirritaður lýsi hér með yfir að ég hef sjálf(ur) svarað öllum spurningum þessarar umsóknar og staðfesti hér með að svör mín eru samkvæmt bestu vitund, rétt og sannleikanum samkvæmt og ekki eru undanskilin atriði sem kunna að skipta máli við áhættumat félagsins vegna váttryggingarinnar. 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 umsókn þessari eða frá öðrum eru veittar, svo að þær ásamt skilmálum váttryggingarinnar eru grundvöllur samnings milli mín og Sjóvá-Almennra líftrygginga hf. Mér er ljóst að váttrygging þessi nær ekki til fyrri sjúkdóma eða slysa eða afleiðinga þeirra.

Sjóvá-Almennar tryggingar hf. annast alla þjónustu við viðskiptavinum Sjóvá-Almennra líftrygginga hf. á skrifstofum sínum um land allt samkvæmt sérstökum þjónustusamningi. Ég undirrituð/undirritaður veiti hér með Sjóvá-Almennum líftryggingum hf. heimild til þess að veita Sjóvá-Almennum tryggingum hf. aðgang að þeim upplýsingum um mig sem eru nauðsynlegar til að veita umsamda þjónustu.

ÉG SAMÞYKKI AÐ VINNSLA UPPLÝSINGANNA FARI FRAM Á ÞANN HÁTT SEM LÝST ER HÉR AÐ FRAMAN OG GERI MÉR GREIN FYRIR TILGANGI VINNSLUNNAR. JAFNFRAMT VEITI ÉG LÆKNUM, SJÚKRASTOFNUNUM OG ÖÐRUM SEM HAFI MEÐ HÖNDUM UPPLÝSINGAR UM HEILSUFAR MITT HEIMILD TIL AÐ VEITA FÉLAGINU OG TRÚNAÐARLÆKNI ÞESS ALLAR SLÍKAR UPPLÝSINGAR ER NAUÐSYNLEGAR KUNNA AÐ VERA VIÐ ÁKVÖRÐUN UM VEITINGU VÁTTRYGGINGARINNAR EDA 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 skriflega.

Loforð og samkomulag milli mín og ráðgjafa skulu koma fram á beiðni þessari.

Ég hef kynnt mér skilmála félagsins sem gilda um þá váttryggingu sem ég sækir hér með um.

Dagsetning _____ Staður _____

Undirskrift váttryggðs _____

Vottað af ráðgjafa _____

Reykir

Reyklaus

Sérskilmálar

Álag

Sérendurtryggt

Með skilyrðum læknis

SJÓVÁ