

Skirteini nr.

Söluaðili

Ábending

Beiðni um sjúkrakostnaðartryggingu innanlands

Útfyllist af þeim sem á að váttryggja

Mikilvægt er að svara öllum spurningum í beiðninni með já, nei eða öðrum skýrum hætti. Ef spurningu er ekki svarað þá er það túlkað á þann veg að viðkomandi áhættuþáttur sé ekki til staðar og getur þannig haft áhrif á rétt váttryggðs ef í ljós kemur síðar að svarið var ófullnægjandi til að meta áhættuna með réttum hætti.

Tilgangur félagsins með öflun upplýsinga um áhættuna

Þær upplýsingar sem umsækjandi veitir í umsókn þessari verða notaðar til þess að meta áhættu félagsins. Heimild félagsins til þess að fá upplýsingar byggir á 82.gr. laga um váttryggingasamninga nr. 30/2004. Starfsmenn félagsins, trúnaðarlæknar og eftir atvikum endurtryggjendur leggja mat á umsókn og meta hvort þörf sé á viðbótarupplýsingum um fyrri heilsufar umsækjanda frá læknum, sjúkrastofnunum eða öðrum sem hafa með höndum slíkar upplýsingar eða hvort læknisrannsókn sé nauðsynleg áður en unnt er að taka endanlega ákvörðun um váttryggingartökuna. Sé þörf á viðbótarupplýsingum verður ekki tekin afstaða til umsóknarinnar fyrr en þær liggja fyrir. Upplýsingarnar geta leitt til þess að váttryggingin sé veitt með sérstöku álagi á iðgjald, tilteknar áhættur séu undanskildar í váttryggingunni eða henni sé sýnað.

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

Í váttryggingu þessari er eigin áhætta kr. 50.000. (sjá nánar í skilmála)

A. Vinsamlegast veljið váttryggingarfjárhæð:

2.000.000 kr. 3.000.000 kr. 4.000.000 kr. 5.000.000 kr. 6.000.000 kr.

Váttryggð/ur

Fd. Ár

Kennitala erlendis

Íslensk kennitala

Heimilisfang erlendis

Póstnúmer

Staður

Land

Heimilisfang á Íslandi

Heimasími

Farsími

Netfang

Ríkisfang

Fæðingarstaður/land

Kyn

Hjúskaparstaða

Umboðsmaður/Ábyrgðarmaður/Greiðandi

Kennitala

Heimilisfang

Póstnúmer

Sími

Farsími

Netfang

Tilgreindu áætlaðan komutíma til Íslands / upphafsdag váttryggingar?

Vakin er athygli á því að váttryggingartímabil hefst um leið og viðkomandi kemur til landsins og lýkur þegar viðkomandi öðlast aðild að almannatryggingum eða fer úr landi, eða í síðasta lagi sex mánuðum frá komu til landsins.

Athugasemdir umboðs/sölumanns

Athugasemdir félagsins

Beiðni samþykkt/Afgr.

Iðgjaldsákvörðun

I. Heilsufar og aðrir áhættuþættir, útfyllist af þeim sem á að váttryggja

1. Starfsheiti:

2. Sérstakar áhættur vegna atvinnu eða frístunda, þ.m.t. keppni í íþróttum:

3. Hæð cm Þyngd kg.4. Reykir þú eða hefur þú reykt? Nei JáEf já, hve mikið daglega Reykt frá Hætt mán./ár 5. Hefur áfengisnotkun valdið þér heilsutjóni eða truflun í starfi/einkalífi? Nei Já

Ef já, útskýrðu nánar:

6. Notar þú nú eða hefur þú notað lyf að staðaldrí? Nei Já

Ef já, hvaða og hvers vegna?

7. Hefur þú verið metin(n) örryki af völdum slyss eða sjúkdóms? Nei Já

Ef já, útskýrðu nánar:

8. Hefur eitthvert váttryggingarfélag neitað þér um líf- og/eða heilsutryggingu, krafist hærri iðgjalds, sérstakra skilmála, læknisvottorðs eða sagt þér upp tryggingu? Nei Já

Ef já, útskýrðu nánar:

9. Hafa foreldrar eða systkini fengið hjarta – eða æðasjúkdóma, heilablóðfall, háan blóðþrýsting, sykursýki, nýrnasjúkdóma, krabbamein, MS, MND, Parkinsonssjúkdóm eða Alzheimers-sjúkdóm fyrir 60 ára? Nei Já

Ef já, útskýrðu nánar:

10. Ertu með eða hefurðu haft eftirfarandi sjúkdóma eða sjúkdómseinkenni?

- a) Hjarta- eða æðasjúkdóma, háan blóðþrýsting? Nei Já
- b) Maga- eða ristilsjúkdóma? Nei Já
- c) Sjúkdóma í lungum eða öndunarfærum? Nei Já
- d) Sjúkdóma í nýrum eða þvagrærum? Nei Já
- e) Sjúkdóma í beinum, liðum eða vöðvum? Nei Já
- f) Sjúkdóma í taugakerfi eða geðsjúkdóma? Nei Já
- g) Efnaskipta-, kirtilsjúkdóma eða sykursýki? Nei Já
- h) Sjúkdóma í augum eða eyrum? Nei Já
- i) Ofnæmi eða húðsjúkdóma? Nei Já
- j) Æxli, krabbamein eða frumubreytingar? Nei Já
- k) Hefur þú gengist undir uppskurð/áðgerð? Nei Já
- l) Hefur þú orðið fyrir slysum eða eitrunum? Nei Já
- m) Sjúkdóma í brjóstum eða móðurlífi (konur)? Nei Já
- n) Aðra sjúkdóma en taldir eru að framan? Nei Já
- o) Ert þú með alnæmi (Aids) eða hefur þú ástæðu til þess að ætla að þú sért smitaður alnæmisveiru (HIV)? Nei Já

Ef svar við einhverjum fyrrgreindra spurninga er jákvætt þá tilgreinið heiti sjúkdóms, hvenær henn byrjaði, hve lengi hann varði, hvort bati varð alger eða að hluta, hverjar urðu afleiðingar hans og hvaða lækni stundaði þig. Ef þú hefur orðið fyrir slysi, þá tilgreindu hvaða slysi, hvenær og hverjar urðu afleiðingar þess:

11. Ert þú og hefur þú undanfarin tvö ár verið fullkomlega heilsuhaust(ur) og vinnufær? Nei Já

Ef nei, útskýrið nánar:

12. Hefur þú leitað læknis eða farið í lækni skoðun síðastliðna 12 mánuði? Nei Já

Ef já, útskýrið nánar:

13. Nafn og heimilisfang heimilislæknis:

14. Ert þú þunguð, ef svo er hvenær er fæðing áætluð? (Svar gefur ekki rétt til greiðslu kostnaðar)

Vakin er athygli á að félagið greiðir ekki kostnað sem verður vegna meðgöngu, fæðingarhjálpar né sjúkdóma sem rekja má til meðgöngu eða fósturláts.

II. Eigin yfirlýsing og undirskrift

Yfirlýsing umsækjanda og samþykki hans fyrir því að það sé aflað 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 rétt og sannleikanum samkvæm 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 og að þær, ásamt skilmálum váttryggingarinnar, sem ég hef kynnt mér, eru grundvöllur samnings milli mín og Sjóvá-Almennta líftrygginga hf. Mér er ljóst að váttrygging þessi nær ekki til fyrri sjúkdóma eða slysa eða afleiðinga þeirra.

Ég staðfesti hér með að upplýsingar sem ég hef veitt um sjúkdóma foreldra eða systkina eru veittar með þeirra samþykki, enda sé með sanngirni hægt að ætlast til að ég hafi getað aflað slíks samþykkis.

ÉG SAMÞYKKI AÐ VINNSLA UPPLÝSINGA FARI FRAM Á ÞANN HÁTT SEM LÝST ER HÉR AÐ FRAMAN OG GERI MÉR GREIN FYRIR TILGANGI HENNAR. JAFNFRAMT VEITI ÉG LÆKNUM, SJÚKRASTOFNUM OG ÖÐRUM SEM Hafa með höndum upplýsingar um heilsufar mitt heimild til að veita félaginu og TRÚNAÐARLÆKNI ÞESS ALLAR UPPLÝSINGAR ER NAUÐSYNLEGAR KUNNA AÐ VERA VIÐ ÁKVÖRDUN UM VEITINGU VÁTRYGGINGARINNAR 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. Afturköllun skal gera skriflega.

Dagsetning Staður

Undirskrift þess sem óskast tryggður

Undirskrift umboðsmanns/ábyrgðarmanns/greiðanda

Ég lýsi því hér með yfir að ég hef aðstoðað

Nafn Dags.

við útfyllingu þessa umsóknar um sjúkrakostnaðartryggingu og gert honum/henni grein fyrir efni spurninga og eigin yfirlýsingar umsækjanda á umsóknareyðublaðinu á móðurmáli umsækjandans (nafn tungumáls)

Staður Dags.

Nafn tülks Kt.