

Almenn slysatrygging

SJÓVÁ

- | | | |
|---|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Nýtrygging | <input type="checkbox"/> Allan sólarhringinn | Söluaðili _____ |
| <input type="checkbox"/> Breyting | <input type="checkbox"/> Fritími eingöngu | Ábending _____ |
| <input type="checkbox"/> Skammtíma:
Gildir til _____ | <input type="checkbox"/> Vinna eingöngu | |
| <input type="checkbox"/> Uppsögn fylgir | <input type="checkbox"/> Íþróttir | |
| | <input type="checkbox"/> Annað | |

Vinsamlega fylltu út váttryggingabeiðnina sjálf/ur. Við útfyllingu umsóknarinnar ber að svara öllum spurningum og vera eins nákvæm/ur og mögulegt er. Ef þú ert í einhverjum vafa hvort einstök atriði skipta máli við mat okkar á umsókninni, skaltu skrá þau frekar en að sleppa þeim. 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. Til að umsókn teljist fullbúin og geti öðlast gildi þurfa að liggja fyrir svör við öllum spurningum og viðeigandi fylgigögn.

Tilgangur félagsins með öflun upplýsinga um áhættuna.

Þær upplýsingar sem umsækjandi veitir í umsókn þessari verða notaðar til að meta áhættu félagsins. Heimild félagsins til að fá upplýsingar byggir á 82. gr. laga um váttryggingasamninga nr. 30/2004. Einnig getur félagið notað þær upplýsingar sem umsækjandi veitir við mat á áhættu við síðari váttryggingatöku og við ákvörðun á bótarétti við tjónavinnslu. 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 undir höndum slíkar upplýsingar eða hvort læknisrannsókn sé nauðsynleg áður en hægt 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, tiltekin áhætta sé undanskilin í váttryggingunni eða henni sé synjað. Trúnaðarlæknar og starfsmenn félagsins, sem með upplýsingarnar fara, eru bundnir trúnaði og ævarandi þagnarskyldu um allt það sem upplýsingarnar hafa að geyma. Við vinnslu persónuupplýsinga er ávallt gætt ákvæða gildandi laga um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga.

I. Grunnupplýsingar

Váttryggð/ur (váttryggingartaki nema annað sé tekið fram) _____

Kennitala _____ Heimilisfang _____ Póstnr. _____

Staður _____ Netfang _____

Heimasími _____ Farsími _____

Greiðandi (ef annar en váttryggður) _____ Kennitala greiðanda _____

Netfang greiðanda _____ Óskað er eftir að greiðandi verði váttryggingartaki

II. Fjárhæðir og gildistaka

Ert þú með aðrar persónutryggingar? Já Nei

Ef já:

Tegund tryggingar:	Váttryggingarfjárhæð:	Tryggingafélag:	Á eldra skirteini að ógildast?
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei

Upphafsstafir umsækjanda til staðfestingar á útfyllingu: _____

Almenn slysatrygging

1. **Slysaörorkubætur** við 100% örorku kr. _____

2. **Dagpeningar** vegna slyss á viku kr. _____ Meðallaun sl. 12 mán.? _____

2.1. Biðtími vegna slyss 4 8 12 26 52 vikur

2.2. Bótatími dagpeninga vegna slyss (að frádregnum biðtíma) 1 2 3 4 5 ár

3. **Dánarbætur** vegna slyss kr. _____

Tryggingin taki gildi:

Strax - við móttöku fullbúinnar umsóknar

Síðar - við uppsögn núverandi tryggingar

Síðar: _____

III. Tilnefning réttaha að dánarbótum vegna slyss

Ekki tilnefndur réttahafi

Um rétt til greiðslu dánarbóta fer samkvæmt 100. gr. laga um váttryggingarsamninga nr. 30/2004. Rennur váttryggingarfjárhæðin þá til maka váttryggðs. Með orðinu maki samkvæmt lögum nr. 30/2004 er ekki átt við maka í óvígðri sambúð. Láti váttryggður ekki eftir sig maka greiðast dánarbætur til erfingja váttryggðs samkvæmt lögum eða erfðaskrá.

Skráning á nafn

Nafn

Kennitala

Hlutfall %

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Athugið að það getur verið ástæða til að endurskoða tilnefningu réttaha ef breyting verður á hjúskaparstöðu eða fjölskylduhögum.

IV. Iðgjaldagreiðslur

Ef fyrir liggur greiðslusamingur verður krafan skuldfærð samkvæmt honum. Eftirfarandi greiðsluleiðir eru í boði:

Boðgreiðslur - mánaðarleg skuldfærsla af kreditkorti

Beingreiðslur - mánaðarleg skuldfærsla af bankareikningi, fylla þarf út sérstakt eyðublað

Greiðsluseðill - þeir sem eru í greiðsluþjónustu banka haki við hér

Upphafsstafir umsækjanda til staðfestingar á útfyllingu: _____

V. Atvinna/séráhætta/heilsufar

Allar breytingar er varða áhættu félagsins ber að tilkynna félaginu.

- Aðalstarf: _____
Önnur störf? Nei Já Ef já, hvaða? _____ Óskast váttryggt: Nei Já
Vinsamlegast tilgreindu starfshlutfall ef um fleira en eitt starf er að ræða.
- Stundar þú eitthvað í atvinnu/frístundum sem fylgir sérstök áhætta, svo sem fjallaklifur erlendis, einkaflug, svifflug, svifdrekaflug, fallhlífastökk, fjallahjólreiðar, köfun, akstursípróttir eða annað þess háttar? Nei Já
Ef já, hvað? _____
Óskast váttryggt: Nei Já Ef já, vinsamlegast fyllið út viðeigandi eyðublað.
- Keppir þú í íþróttum? Nei Já
Ef já, í hvaða íþrótt? _____ Óskast váttryggt: Nei Já
- Ætlar þú að búa eða hefur þú búið erlendis? (Orlofsferðir undanskildar) Nei Já
Ef já, tilgreindu land og tímabil dvalar: _____
- Hefur þú í hyggju á næstu þremur árum að ferðast til stríðshrjáðra landa eða svæða þar sem átök geisa? Nei Já
Ef já, tilgreindu land og tímabil dvalar: _____
- a. Ert þú núna að fullu heilsuhaust/ur og vinnufær? Nei Já
b. Hefur þú undanfarin 3 ár verið að fullu heilsuhaust/ur og vinnufær? Nei Já
Ef nei, vegna? _____
- Hefur þú verið metin/n öryrki eða bíður þú eftir örorkumati? Nei Já
Ef já, hversu hátt er örorkumatið? _____% Vegna hvers er örorkan? _____
- Hefur beiðni þinni um persónuþryggingu áður verið synjað, frestað eða iðgjald hækkað? Nei Já
Ef já, útskýrðu nánar og tilgreinið nafn váttryggingafélags _____

VI. Eigin yfirlýsing og undirskrift

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 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 að rangar eða ófullnægjandi upplýsingar um heilsufar mitt geta valdið missi bótaréttar að hluta eða að 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-Almennra trygginga hf. Mér er ljóst að slys verður að eiga sér stað á gildistíma tryggingarinnar til að hægt sé að sækja bætur í trygginguna.

Ef vottorð læknis og/eða niðurstöður læknisskoðunar berast félaginu ekki innan þriggja mánaða frá undirritun umsóknar áskilur félagið sér rétt til að óska eftir nýrri umsókn.

Ég samþykki að Sjóvá Almennar tryggingar hf./Sjóvá Almennar líftryggingar hf. vinni með persónuupplýsingar sem fram koma í beiðni þessari. Vinnslan getur farið fram af hálfu starfsmanna, trúnaðarlækna og endurtryggienda, ekki einungis vegna vinnslu þessarar umsóknar heldur einnig síðar við váttryggingatöku og/eða tjónavinnslu. Jafnframt veiti ég læknum, sjúkrastofnunum, tryggingafélögum, Sjúkratryggingum Íslands, Tryggingastofnun ríkisins og öðrum sem hafa undir höndum upplýsingar um heilsufar mitt eða tryggingar heimild til að veita félaginu og trúnaðarlækni þess allar upplýsingar sem kunna að vera nauðsynlegar við tryggingatöku og tjónavinnslu.

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 _____ Undirskrift váttryggðs _____

Staður _____ Vottað af ráðgjafa _____