

Umsókn þín um líf- og sjúkdómatryggingu inniheldur heilsufarsspurningar. Þær upplýsingar sem þú veitir, vegna umsóknar þinnar um vátryggingu, eru nauðsynlegar fyrir VÍS til að meta áhættu félagsins og stofna eftir atvikum til samnings, sbr. ákvæði XIII kafla laga um vátryggingarsamninga nr. 30/2004. Í sumum tilfellum getur reynst nauðsynlegt, áður en vátryggingarbeiðni er afgreidd, að afla frekari upplýsinga um fyrri heilsufar þitt hjá læknum, sjúkrahúsinum eða öðrum sem hafa undir höndum slíkar upplýsingar. Tilgangur slíkra upplýsingaöflunar er að skera úr um hvort vátrygging sé veitt með sérstöku álagi, hvort tiltekin áhætta sé undanskilin bótarétti eða hvort félagið synji beiðni um vátryggingu. Vinnsla persónuupplýsinga hjá VÍS um viðskiptavini og aðra einstaklinga er í samræmi við lög um persónuvernd og vinnslu persónuupplýsinga nr.90/2018. VÍS er ábyrgðaraðili að vinnslu og telst því ábyrgðaraðili samkvæmt persónuverndarlögum.

Við útfyllingu beiðninnar skalt þú gæta þess að svara öllum spurningum samviskusamlega og eftir bestu vitund. Ef þú ert í vafa um hvort einhver atriði kunna að skipta máli, skaltu taka það fram frekar en að sleppa því.

1.0 - Almennar upplýsingar

Vátryggður _____	Kennitala _____
Heimili _____	Póstnr. _____ Staður _____
Sími/GSM _____	Netfang _____
Vátryggingataki _____	Kennitala _____
Heimili _____	Póstnr. _____ Staður _____
Sími/GSM _____	Netfang _____

2.0 - Tegund tryggingar

Vinsamlegast merkið við þær tryggingar sem óskað er eftir

Líffrygging Vátryggingarfjárhæð _____ kr.

Sjúkdómatrygging Vátryggingarfjárhæð _____ kr.

3.0 - Vakostir við tilnefningu réttthafa - vegna umsóknar um líffryggingu

Réttthafi ekki tilnefndur

Sé ekki tilnefndur réttthafi til bóta fer um rétt til greiðslu samkvæmt 100. gr. laga um vátryggingasamninga nr. 30/2004. Það þýðir að líffryggingarfjárhæðin rennur til maka vátryggðs. Ef vátryggður lætur ekki eftir sig maka fellur líffryggingarfjárhæðin til erfingja samkvæmt lögum eða erfðaskrá. Með orðinu maki er í lögum nr. 20/2004 átt við maka í hjúskap en ekki maka í óvígðri sambúð. Sambúðarmaki getur aðeins öðlast rétt til greiðslu líffryggingarfjárhæðar þegar hann er tilnefndur sérstaklega sem réttthafi.

Lögerfingar

Þessi tilnefning þýðir t.d. að ef líffryggður lætur eftir sig maka og börn gengur 1/3 líffryggingarfjárhæðarinnar til maka en 2/3 til barna. Athugið að með maka er átt við maka líffryggðs í hjúskap. Sambúðarmaki fellur ekki hér undir.

Skráning réttthafa á nafn

Hægt er að tilnefna einn eða fleiri réttthafa að líffryggingarfjárhæð. Sé líffryggður í hjúskap eða staðfestri samvist ber félaginu samkvæmt 101. gr. laga nr. 30/2004 að tilkynna maka hans um tilnefningu réttthafa.

Nafn	Kennitala	Hlutfall (%)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Athygli er vakin á að ástæða kann að vera til að endurskoða tilnefningu réttthafa verði breyting á hjúskaparstöðu eða fjölskylduhögum líffryggðs.

4.0 - Iðgjaldagreiðslur

Ef fyrir liggur greiðslusamningur mun krafan verða skuldfærð samkvæmt honum. Eftirfarandi greiðsluleiðir eru í boði:

- Boðgreiðslur - mánaðarleg skuldfærsla af kreditkort.
- Beingreiðslur - mánaðarleg skuldfærsla af bankareikningi.
- Greiðsluseðill - þeir sem eru í greiðsluþjónustu banka haka við hér.

5.0 - Atvinna og séráhætta

5.1
Aðalstarf _____ Starfshlutfall _____ %
Önnur störf _____ Starfshlutfall _____ %

5.2
Aðhefst þú eitthvað sem sérstök áhætta fylgir? (Sérstök áhætta er t.d fjalla- /klettaklifur sem krefst sérþæks búnaðar, bjargsig, glíma og bardagaiþróttir, akstursíþróttir, dreka- og sviffflug, fallhlífar- og teygjustökk, köfun eða annað þess háttar. Nei Já

Ef já, hvaða? _____

Vinsamlegast fyllið út viðeigandi eyðublað - Eyðublað um séráhættu

5.3
Hefur þú í hyggju á næstu þremur árum að ferðast til landa þar sem átök geysa? Nei Já

Ef já, tilgreinið land/lönd _____

6.0 - Tryggingar hjá öðru félagi

6.1
Ert þú með gilda líftryggingu hjá öðru tryggingafélagi? Nei Já

Ef já, hjá hvaða tryggingafélagi? _____

Á eldra skírteini að ógildast? Nei Já

Ef já, vinsamlegast fyllið út viðeigandi uppsagnareyðublað

6.2
Ert þú með gilda sjúkdómatryggingu hjá öðru tryggingafélagi? Nei Já

Ef já, hjá hvaða tryggingafélagi? _____

Á eldra skírteini að ógildast? Nei Já

Ef já, vinsamlegast fyllið út viðeigandi uppsagnareyðublað

6.3
Hefur nokkurt tryggingafélag neitað þér um líf-, sjúkdóma-, sjúkra- eða slysatryggingu, krafist hærra iðgjalds, krafist sérstakra skilmála, læknisvottorðs eða sagt upp vátryggingu? Nei Já

Ef já, hvers vegna? _____

7.1

Heimilislæknir og/eða heilsugæslustöð _____

7.2

Hæð (cm) _____ Þyngd (kg) _____

Ef barnshafandi, áætlaður fæðingardagur _____ Þyngd fyrir meðgöngu _____

7.3 - Reykir þú? „Veip“ og rafsígarettur flokkast sem reykningar

 Já. Hve mikið daglega? _____ Nei. Hefur þú reykt áður? Nei Já Ef já, hvenær hættir þú? _____ mánuður _____ ár.

7.4

Hefur þú verið heilsuhaust(ur) og vinnufær undanfarin þrjú ár? Nei Já

Ef nei, útskýrðu nánar _____

Hefur þér verið ráðlagt og/eða ætlar þú að gangast undir lækni meðferð og/eða rannsóknir? Nei Já

Ef já, útskýrið nánar _____

7.5

Notar þú eða hefur þú notað lyf að staðaldri? Nei Já

Ef já, skráðu þá heiti lyfs, skammtastærð og tímabil lyfjatöku: _____

7.6

Notar þú eða hefur þú notað deyfandi og/eða örvandi lyf? Nei Já

Ef já, útskýrðu nánar _____

7.7

Hefur þú sögu um áfengis-, lyfja og/eða fíkniefnamisnotkun? Nei Já

Ef já, tilgreindu allar tegundir sem neytt var: _____

Hversu lengi stóð neyslan yfir (ár)? _____

Hefur þú farið í meðferð(ir) vegna þessa? Nei Já

Ef já, tilgreindu allar meðferðir þ.e. hvar og hvenær (ár) _____

Hefur þú neytt ofangreindra efna og/eða annarra skyldra efna eftir að síðustu meðferð lauk? Nei Já

Ef já, útskýrðu nánar: _____

Hefur þú hlotið skaða sem tengist misnotkuninni, s.s. lífrarbólgu, geðrænum vandamálum? Nei Já

Ef já, útskýrðu nánar: _____

Annað sem þú vilt taka fram: _____

Hefur þú núna eða hefur þú áður haft eftirtalda sjúkdóma eða sjúkdómseinkenni og/eða leitað læknis vegna þeirra?

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| a. Í hjarta eða æðakerfi? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Já |
| b. Háan blóðþrýsting, blóðtappa eða slag/heilaáfall? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Já |
| c. Í meltingarvegi, t.d í vélinda, maga eða þörmum? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Já |
| d. Í lungum eða brjóstholi, t.d astma? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Já |
| e. Ofnæmi og/eða húðvandamál? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Já |
| f. Í nýrum eða þvagfærum? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Já |
| g. Sykursýki, skjaldkirtils- eða efnaskiptasjúkdóm? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Já |
| h. Krabbamein, frumubreytingar, góðkynja æxli eða blóðsjúkdóm? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Já |
| i. Þunglyndi/kvíða eða önnur andleg vandamál? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Já |
| j. Í taugakerfi, t.d lömun, MS, MND, flogaveiki, mígreni eða mænuvisnu? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Já |
| k. Leitað læknis vegna svima, skjálfta, dofa eða sjóntruflana? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Já |
| l. Í beinum, liðum eða vöðvum, t.d. gigt? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Já |
| m. Í skynfærum t.d. er varðar sjón og heyrrn? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Já |
| n. Alnæmi (AIDS) eða hefur þú ástæðu til að ætla að þú sért smituð/smitaður af sjúkdómnum? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Já |
| o. Niðurstöður blóðrannsóknar verið óeðlilegar t.d. blóðsykur og blóðfitugildi | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Já |
| p. Önnur heilsufarsvandamál, sjúkdómseinkenni eða sjúkdóma? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Já |
| r. (Fyrir konur) Í brjóstum, móðurlífi eða meðgöngusjúkdóma? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Já |

Ef svar við einhverjum lið 8.0 er játandi þá vinsamlegast fyllið næst út spurningu 8.1. Ef fleiri en einni spurningu er svarað játandi þá þarf að svara hverjum lið á viðbótareyðublaðið.

8.1

Heiti sjúkdóms/einkenna: _____

Lýsið einkennum stuttlega _____

Hvenær varð sjúkdóms/einkenna fyrst vart (ár)? _____

Hvenær fannst þú síðast fyrir einkennum (mánuður og ár)? _____

Í hverju felst/fólst meðferðin? _____

Er bati...

algjör að sögn læknis að hluta til að sögn læknis, lýsið nánar _____

Annað, lýsið nánar _____

Hefur þú hlotið meðferð á sjúkrahúsi og/eða stundað göngudeild/dagdeild vegna sjúkdómsins? Já Nei

Ef já, tilgreindu þá hvar, hvenær og hversu lengi? _____

Tekur þú lyf vegna sjúkdómsins/einkennana?

Já, tilgreindu nafn/nöfn lyfjanna, skammtastærð _____

Nei. En hefurðu einhvern tíman tekið lyf vegna þessa? Já Nei

Ef já, tilgreindu nafn/nöfn lyfjanna _____

Hvenær lauk lyfjatöku (mánuður og ár)? _____

Var það í samráði við lækni? Já Nei

Tilgreindu nafn og aðsetur læknis sem hefur þig til meðferðar vegna sjúkdómsins/einkennana

8.1 frh.

Er þörf á reglulegu eftirliti vegna sjúkdómsins/einkennana?

Já Nei

Hefurðu mætt í þau eftirliti sem áætluð voru?

Já

Nei. Útskýrið ástæður _____

Hversu oft á ári eru eftirlit áætluð? _____

Hvenær mættirðu síðast í eftirlit? _____

Hvenær er eftirlit áætlað næst? _____

Annað sem þú vilt taka fram? _____

8.2

Hefur þú farið í aðgerð?

Já Nei

Ef já, hvenær var aðgerðin framkvæmd (ár)? _____

Ef já, tilgreindu orsök og tegund aðgerðar? _____

Er bati...

algjör að sögn læknis

að hluta til að sögn læknis, lýsið nánar _____

Annað, lýsið nánar _____

Eru fyrirhugaðar fleiri aðgerðir tengdar þeirri fyrri?

Já Nei

Ef já, tilgreindu hvenær og hvað eigi að lagfæra? _____

Ertu í eftirliti vegna fyrri aðgerðar?

Já Nei

Tilgreindu nafn og aðsetur læknis sem getur gefið upplýsingar um aðgerðina? _____

8.3

Hefur þú verið metinn til örorku eða bíður þú örorkumats?

Já Nei

Ef já, tilgreindu í hverju örorkan felst og hvenær matið fór fram? _____

Hver er örorkuprósentu þín samkvæmt örorkumati? _____ %

8.4 - Vinsamlegast tilgreinið *ekki* tengsl, nöfn eða kennitölur

Hafa foreldrar og/eða systkini greinst með eftirtalda sjúkdóma?

Hjarta- og/ eða æðasjúkdóma, heilablóðfall?

Já Nei

Ef já, tilgreinið tegund og aldur við greiningu sjúkdóms? _____

Vöðvarýrnun, bandvefssjúkdóm, MS, MND, Parkinson's, Huntington eða aðra taugasjúkdóma?

Já Nei

Ef já, tilgreinið tegund og aldur við greiningu sjúkdóms? _____

Krabbamein?

Já Nei

Ef já, tilgreinið tegund og aldur við greiningu sjúkdóms? _____

Alzheimer, sykursýki 1 eða 2 eða nýrnasjúkdóm?

Já Nei

Ef já, tilgreinið tegund og aldur við greiningu sjúkdóms? _____

Vinnsla persónuupplýsinga

Í lögum um vinnslu persónuupplýsinga nr. 90/2018 er persónuupplýsingum einstaklinga veitt viðtæk vernd. Í lögnum er m.a. tryggður réttur þinn til að fá upplýsingar um vinnslu persónuupplýsinga hjá ábyrgðaraðila o.fl.. Til samræmis við kröfur laganna vill VÍS upplýsa þig um tiltekin atriði varðandi vinnslu persónuupplýsinga og þín réttindi.

Með því að afhenda félaginu beiðni þessa ert þú að heimila félaginu að vinna persónuupplýsingar um þig.

Líkt og að framan greinir hefur þessi upplýsingaöflun þýðingu fyrir mat félagsins á umsókn þinni um váttryggingu. Upplýsingarnar munu eingöngu vera nýttar í því skyni að koma á eða viðhalda líf- og sjúkdómtryggingu, samkvæmt umsókn þessari eða til þess að meta hvort bótaréttur sé til staðar úr váttryggingu. Jafnframt veiti ég læknum og sjúkrastofnunum sem hafa með höndum upplýsingar um heilsufar mitt heimild til að veita sérfræðingi félagsins og/eða endurtryggjendum allar slíkar upplýsingar ef þörf er á viðbótarupplýsingum vegna váttryggingartökunnar eða þegar þarf að meta kröfu um bætur

Farið er með allar upplýsingar sem trúnaðarmál og um þær gildir þagnaskylda.

Persónuupplýsingar eru varðveittar á meðan viðskiptasamband varir og ef/þegar því lýkur þá eru upplýsingarnar varðveittar í samræmi við reglur um fyrningartíma krafna, sbr. XVIII. kafli laga um váttryggingarsamninga nr. 30/2004.

Þín réttindi

Þú átt rétt á því að afturkalla samþykki þitt fyrir vinnslu persónuupplýsinga. Þar sem vinnsla ofangreindra upplýsinga er forsenda fyrir stofnun váttryggingarsamnings þá jafngildir afturköllun á samþykki því að þú sért hætt/ur við tryggingartökuna.

Samkvæmt skriflegri beiðni átt þú rétt á að fá afhent þau gögn sem þú hefur veitt félaginu. Jafnframt getur þú einnig óskað eftir að félagið sendi framangreind gögn til annars ábyrgðaraðila.

Stefnu félagsins um vinnslu persónuupplýsinga má sjá (hér)

Ef þú ert ósátt/ur við vinnslu persónuupplýsinga um þig getur þú lagt fram kvörtun til Persónuverndar.

Ábendingum/spurningum er hægt að beina til persónuverndarfulltrúa VÍS á netfangið personuvernd@vis.is

Ég samþykki að unnið verði með persónuupplýsingar eins og lýst er hér að framan og geri mér grein fyrir tilgangi vinnslunnar.

Undirskrift váttryggðs

Ég undirrituð/undirritaður lýsi hér með yfir að ég hef sjálf(ur) svarað öllum spurningunum á þessari beiðni og staðfesti hér með að svör mín eru samkvæmt bestu vitund, sannleikanum samkvæm og ég hef engu leynt er kann að skipta máli við áhættumat vegna váttryggingarinnar. Ég geri mér grein fyrir því að rangar eða ófullkomnar upplýsingar um heilsufar mitt geta valdið missi bótaréttar að hluta eða öllu leyti.

Áhættutaka VÍS vegna starf og frístunda váttryggðs er miðuð við þær upplýsingar sem koma fram í þessari beiðni.

Ef til tjóns kemur greiddast bætur í samræmi við þær upplýsingar. Mikilvægt er að tilkynna VÍS um allar breytingar sem verða á váttryggingartímabilinu.

Mér hafa verið kynntir skilmálar váttryggingarinnar og samþykki þá.

VÍS áskilur sér rétt til þess að hafna beiðninni án sérstaks rökstuðnings.

Útgefandi líf- og sjúkdómtrygginga er Líftryggingafélag Íslands, Ármúla 3, 108 Reykjavík.

Undirskrift váttryggðs

Staður og dagsetning

Undirskrift váttryggingartaka

Staður og dagsetning

Fyllist út af Váttryggingafélagi Íslands hf.

Áhættumat og athugasemdir

Sölumaður