

Samningsnúmer

Nafn

Yfirlýsing varðandi heilsufar og tryggingarhæfi – Trygging endurvakin

Statement of Health and Insurability – Reinstatement of Cover

Það geta verið fleiri en ein ástæða fyrir því að við óskum eftir að þú fyllir út þessa yfirlýsingu um heilsufar og tryggingarhæfi, þar með talið (en ekki einungis) breyting á tryggingastöðu hins líftryggða og endurvakning váttryggingasamnings. Vinsamlega athugið að aðeins þeir samningar þar sem eru innan við 13 mánuðir frá því að seinasta iðgjald var greitt eru gjaldgengir til endurvakningar, en það er háð ákvörðun áhættumatsdeildarinnar og greiðslu allra útistandandi iðgjalda.

You may be required to complete this statement of health and insurability for a number of reasons including, but not limited to a change of insurability status of the life assured and reinstatement of your policy. Please note that only policies which are still within 13 months of the last premium paid will be considered for reinstatement, subject to underwriting and the full payment of the outstanding premiums.

Aðeins fyrir tryggingar seldar á Íslandi
For policies sold in Iceland only

1. Hluti – Kynning – Mjög mikilvægt er að þessi hluti sé lesinn áður en þessi yfirlýsing varðandi heilsufar er fyllt út.

Þegar tveir aðilar eru váttryggðir á einni tryggingu þarf hvor aðili fyrir sig að fylla út yfirlýsingu varðandi heilsufar.

Ef þú gerir mistök, vinsamlega strikaðu þau út og skrifaðu inn rétta orðið eða orðin og settu upphafsstafi þína við leiðréttinguna.

Vinsamlega gættu þess að fylla alla viðeigandi hluta yfirlýsingarinnar er varða heilsufar rétt út.

Þú átt rétt á að biðja um afrit af almennum reglum og skilmálum okkar sem og afrit af heilsufarsyfirlýsingu þinni hvenær sem er.

1 Upplýsingaskylda

- Aðstoðaðu okkur við að leggja sanngjarnt mat á heilsufarsyfirlýsingu þína með því að láta okkur í té allar þær upplýsingar sem gætu haft áhrif á ákvörðun okkar um að tryggja þig. **Við spyrjum aðeins spurninga sem málið varða. Þú skalt gera ráð fyrir því að ef við spyrjum spurningar sé hún mikilvæg. Þess vegna verður þú að svara öllum spurningum af nákvæmni og á tæmandi hátt samkvæmt þinni bestu vitund. Ef þú gerir það ekki, hefur Aviva lagalegan rétt til að verða ekki við bótakröfum og segja upp tryggingunni.**
- **EF EITTHVAÐ VARÐANDI HEILSU ÞÍNA EÐA AÐSTÆÐUR BREYTIST EFTIR AÐ ÞÚ HEFUR Fyllt út ÞESSA YFIRLÝSINGU VARÐANDI HEILSUFAR OG ÁÐUR EN VIÐ TÖKUM Á OKKUR ÁHÆTTUNA AF ÞEIRRI TRYGGINGAVERND SEM SÓTT ER UM, VERÐUR ÞÚ AÐ LÁTA Aviva VITA ÞEGAR Í STAÐ, ANNAD HVORT Í GEGNUM FJÁRMÁLARÁÐGJAFJA ÞINN EÐA MEÐ ÞVÍ AÐ SENDA OKKUR TÖLVUPÓST BEINT Á NETFANGIÐ: olab@dgviva.com.** Við þurfum að vita af hverskonar upplýsingum sem hefðu leitt til annarra svara við því sem spurt var um, í yfirlýsingu þinni varðandi heilsufar eða vegna hennar eða öðrum spurningalistum; eða upplýsingum frá lækni eða heilbrigðisstarfsmanni sem starfar í okkar umboði.
- Til breytinga telst að hafa fengið eða búast við að fá þjónustu lækni, fara á spítala eða heilsugæslustöð, í meðferð sem innlagður sjúklingur eða göngudeildarsjúklingur, eða að fara í blóðprufu af hvaða ástæðu sem er. Einnig þurfum við að fá að vita án tafar er þú skiptir um atvinnu, flytur milli landa eða tekur upp einhverja hættulega íþrótt eða tómstundaiðju áður en tryggingin tekur gildi.
- Ef við erum látin vita af einhverjum breytingum munum við staðfesta skriflega hvort einhverjir þeir skilmálar sem boðnir hafi verið eigi enn við.

2 Gildistaka tryggingar

- Tryggingin tekur ekki gildi né hefst tryggingavernd að nýju fyrr en við höfum farið yfir og samþykkt yfirlýsingu þína varðandi heilsufar þitt og fengið gilda greiðslukortheimild ásamt því að öll útistandandi iðgjöld hafi verið greidd.
- Í flestum tilvikum verða greiðslur þínar samkvæmt því tilboði sem upphaflega var gert ráð fyrir. Við bjóðum hugsanlega breytta skilmála og í einstaka tilfellum kemur fyrir að við höfum tryggingunni.

3 Heilsufarsupplýsingar

- Við biðjum þig e.t.v. að hafa samband við lækni þinn ef við erum að biðja eftir skýrslum sem við höfum óskað eftir.
- Ef við biðjum þig að gangast undir lækni skoðun, þurfum við að deila heilsufarsyfirlýsingu þinni með fyrirtæki sem við höfum veitt umboð til að gera slíka rannsókn. Sá aðili mun sjá til þess að rannsóknin verði framkvæmd.
- Við þurfum hugsanlega að senda heilsufarsyfirlýsingu þína og viðeigandi lækna skýrslur til endurtryggjenda okkar svo að þeir geti gefið okkur sitt álit á eða samþykki fyrir þeim skilmálum sem við bjóðum. Við gætum einnig síðar þurft að senda ofangreind gögn frá okkur í tengslum við meðferð tryggingarinnar. Þú getur fengið allar upplýsingar á aðalskrifstofu okkar um almennar endurtryggingarreglur og um þau fyrirtæki sem aðstoða okkur við mat á heilsufarsyfirlýsingu þinni.
- Við fylgjum reglum um trúnaðarupplýsingar sem uppfylla skilyrði laga um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga nr. 77/2000. Heilsufarsupplýsingar þínar eru öruggar hjá okkur og aðgangur er takmarkaður við þá einstaklinga sem hafa heimild til og þurfa að sjá þær.

Aviva GREIÐIR AÐEINS FYRIR HEILSUFARSUPPLÝSINGAR SEM FYRIRTÆKIÐ HEFUR ÓSKAÐ EFTIR.

Skilgreiningar

- **HIV:** Alnæmisveira:
Þetta er veirusýking sem orsakast af HIV-veirunni sem sem almennt eyðileggur ónæmiskerfið.
- **AIDS:** Alnæmi (Acquired Immune Deficiency Syndrome):
Þetta er alvarlegasta stig HIV-sýkingar sem lýsir sér í einkennum ónæmisbrests.

2. Hluti – Persónuupplýsingar

Part 2 – Personal details

Vátryggður er sá aðili sem tryggingin nær til. Vinsamlega fylltu út með HÁSTÖFUM

The Life Assured is the person on whose life the Plan will be written. Please complete in block capitals.

1	Titill, t.d. hr., fr., dr., frk. <i>Title eg Mr, Mrs, Dr, Miss</i>	<input type="text"/>						
2	Föðurnafn/eftirnafn <i>Last name</i>	<input type="text"/>						
3	Nafn/nöfn <i>First name(s)</i>	<input type="text"/>						
4	Heimilisfang (þ.m.t. götuheiti, bæjarfélag og pósthfang) <i>Current residential address (including street name, town and area code if known)</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
5	Símanúmer <i>Telephone number(s)</i>	Heimasími /Home <input type="text"/> Vinnusími /Work <input type="text"/>						
6	Netfang <i>E-mail address</i>	<input type="text"/>						
7	Kennitala <i>ID number (if applicable)</i>	<input type="text"/>						
8	Fæðingardagur og ár <i>Date of birth</i>	<table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Á</td><td>Á</td></tr></table>	D	D	M	M	Á	Á
D	D	M	M	Á	Á			
9	Hjúskaparstaða <i>Marital status</i>	<input type="text"/>						

3. Hluti – Starf

Part 3 – Occupation

1	Starf <i>Occupation</i>	<input type="text"/>						
2	Tegund atvinnureksturs vinnuveitanda <i>Nature of employer's business</i>	<input type="text"/>						
3	Vinsamlega útskýrðu nánar ef starf þitt fer fram neðanjarðar, í vatni, í meira en 3 metra hæð, úti á sjó eða ef starf þitt felur í sér aðra áhættuþætti. <i>Please give details if you work underground, underwater, at heights over 3 metres, offshore or of any other hazardous aspects of your occupation</i>	<input type="text"/>						
4	a) Ert þú frá vinnu núna af einhverjum ástæðum? <i>Are you currently absent from work for any reason?</i> Ef já, vinsamlega gefðu upp ástæðu fjarvistanna <i>If Yes, please give reasons for absence</i>	<table border="1"><tr><td>Já</td><td><input type="text"/></td><td>Nei</td><td><input type="text"/></td></tr></table> <table border="1"><tr><td>Ástæða og lengd fjarvasta <i>Reason and duration</i></td></tr><tr><td><input type="text"/></td></tr></table>	Já	<input type="text"/>	Nei	<input type="text"/>	Ástæða og lengd fjarvasta <i>Reason and duration</i>	<input type="text"/>
Já	<input type="text"/>	Nei	<input type="text"/>					
Ástæða og lengd fjarvasta <i>Reason and duration</i>								
<input type="text"/>								

3. Hluti – Starf (framhald)

Part 3 – Occupation (continued)

b) Hefur þú verið frá vinnu á einhverju tímabili undanfarin tvö ár vegna sjúkdóms eða meiðsla? Þú þarft ekki að tilgreina minniháttar kvilla eins og kvef eða flensur ef fjarvistir af völdum slíkra kvilla hafa verið færri en tíu dagar á ári.
Have you had any time off work within the last two years due to illness or injury? You can ignore minor ailments such as colds/flu if together they total less than ten days per year.

Já	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nei	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

Ástæða
Reason

Lengd fjarvista
Amount of time off

Ef já, vinsamlega nefndu ástæður fjarvistanna
If Yes, please give reasons for absence and amount of time off.

5 Hefur þú í hyggju að skipta um starf á næstu 6 mánuðum?
Do you intend changing your occupation in the next 6 months.

Já	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nei	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

Skýring
Details

Ef já, vinsamlega lýstu nánar nýja starfinu og hvers eðlis atvinnurekstur þíns nýja vinnuveitanda er.
If Yes, please give details of your new occupation and the nature of your new employer's business.

4. Hluti – Upplýsingar um búsetu og ferðalög

Part 4 – Residential and travel details

1 Hefur þú í hyggju að búa, starfa eða ferðast utan Íslands í öðrum erindum en í venjulegt frí eða hefur þú gert slíkt á undanförunum 5 árum?
Do you intend to reside, work or travel outside of Iceland other than for holidays or have you done so within the past 5 years?

Já	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nei	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

Skýring
Details

Ef já, vinsamlega útskýrðu til fulls
If yes please provide full details

5. Hluti – Upplýsingar vegna frítíma/skemmtunar

Part 5 – Recreation details

Til þess að þú getir talist „ekki reykja“, mátt þú ekki hafa notað tóbaks- eða nikótínvörur af neinu tagi á síðustu 12 mánuðum.

Við áskiljum okkur rétt til að kanna hvort svar þitt sé sannleikanum samkvæmt ef þú merkir við á þessari heilsufarsyfirlýsingu að þú notir engar tóbaks- eða nikótínvörur.

1 Hefur þú notað tóbaks- eða nikótínvörur af einhverju tagi (t.d. nikótínplástra, nikótínbyggjó o.s.frv.) á síðustu 12 mánuðum?
Have you used any form of tobacco or nicotine products (eg patches, gum etc) in the last 12 months?

Já	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nei	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

Ef já, vinsamlega tilgreindu tegund og hversu mikið á dag.
If Yes, please state what form and how much a day.

<input type="text"/>	á dag/per day
----------------------	---------------

5. Hluti – Upplýsingar vegna frítíma/skemmtunar (framhald)

Part 5 – Recreation details (continued)

2. Neytir þú áfengis?

Do you drink alcohol?

Ef já, hversu margar einingar á viku.

If Yes, please state number of units per week.

Já	<input type="text"/>
----	----------------------

Nei	<input type="text"/>
-----	----------------------

1 eining = einfaldur sterkur drykkur eða 1 vínglas eða lítill (250ml) bjór.

1 unit = a single measure of spirits or 1 glass of wine or 1/2 pint (250ml) of beer.

<input type="text"/>	á viku/per week
----------------------	-----------------

3. Hefur þú einhvern tíma neytt ólöglegra lyfja (t.d. alsælu (ecstasy), kókaíns, heróíns o.s.frv.)?

Have you ever taken non-prescription drugs (eg Ecstasy, Cocaine, Heroin etc)?

Ef já, vinsamlega gefðu útskýrðu til fulls.

If yes please provide full details.

Já	<input type="text"/>
----	----------------------

Nei	<input type="text"/>
-----	----------------------

Skýring

Details

4. Hefur þú einhvern tíma ofnotað áfengi eða lyf eða verið ráðlagt af lækni að minnka eða hætta áfengisneyslu af heilsufarslegum ástæðum?

Have you ever suffered from alcohol or drug abuse or been advised by a doctor to reduce or stop your alcohol consumption on medical grounds?

Ef já, vinsamlega útskýrðu til fulls.

If yes please provide full details.

Já	<input type="text"/>
----	----------------------

Nei	<input type="text"/>
-----	----------------------

Skýring

Details

5. Stundar þú einhverjar hættulegar íþróttir eða tómstundaiðju eða hefurðu í hyggju að gera slíkt? (fjallgöngur, akstursíþróttir, hestamennska, skíði og einkaflug eru dæmi um slíkt en þú skalt tilgreina alla hættulega iðju).

Do you take part in any hazardous sports or pastimes or do you intend to start? (Mountaineering, motor sports, horseriding, skiing and private flying are examples but you should include any activity that is hazardous).

Ef já, vinsamlega útskýrðu til fulls.

If yes please provide full details.

Já	<input type="text"/>
----	----------------------

Nei	<input type="text"/>
-----	----------------------

Skýring

Details

6. Hluti – Tryggingasaga

Part 6 – Insurance history

Hefur þú nokkurn tíma sótt um líftryggingu, sjúkdómatryggingu eða launaverndar-/örorkutryggingu, og verið hafnað eða beðin(n) um að greiða hærri iðgjöld eða verið settir aðrir sérskilmálar?

Have you ever applied for life insurance, insurance against 'critical illness' or income protection/disability insurance, and been turned down or asked to pay a higher premium or had other special terms imposed?

Já	<input type="text"/>
----	----------------------

Nei	<input type="text"/>
-----	----------------------

Fyrirtæki/Company

Skýring/Details

Dags/Dates

7. Hluti – Fjölskyldusaga

Part 7 – Family history

Sjúkrasaga fjölskyldu þinnar verður notuð til að meta líkur á því að þú þjáist af svipuðum sjúkdómi í framtíðinni. Þetta getur þýtt að við getum aðeins veitt tryggingu með því skilyrði að greidd séu hærri iðgjöld eða með undanþágum. Í sumum tilfellum er hugsanlegt að við getum ekki boðið þér neina tryggingu. Ef ekki er orðið við beiðni okkar um tæmandi og nákvæmar upplýsingar um sjúkrasögu fjölskyldunnar getur það leitt til þess að bætur verði ekki greiddar út.

Svo við getum áhættumetið umsókn þína þurfum við að fá vitneskju um heilsufar líffræðilegra foreldra þinna, bræðra og systra. Þú þarft að fá leyfi allra þessara skyldmenna þinna til að veita þessar upplýsingar. Vinsamlegast krossaðu í reitinn til staðfestingar á að slíkt leyfi hafi verið gefið.

Ef eitthvað af skyldmönnum þínum hefur ekki veitt þér leyfi, láttu okkur þá vita af hverju það liggir ekki fyrir. Ef ástæðan var sú að skyldmennið er látið eða þér er ekki kunnugt um hvar það er að finna, verður þú samt lögum samkvæmt að láta þessar upplýsingar í té ef þér eru þær kunnar. Ef leyfi er neitað þá getum við því miður ekki haldið áfram með umsókn þína.

Hafa blóðforeldrar þínir, bræður eða systur þjáðst af eða látist úr hjartasjúkdómi, of háu kólesteróli, heilablóðfalli, sykursýki, krabbameini, MS-sjúkdómi, Huntingtons-sjúkdómi, berklum, blöðrumyndun í nýrum, sepager í ristli, Parkinson-sjúkdóm, Alzheimer-sjúkdóm eða öðrum arfgengum sjúkdómum fyrir 60 ára aldur?
Before the age of 60, have any of your natural parents, brothers or sisters suffered or died from heart disease, raised cholesterol, stroke, diabetes, cancer, multiple sclerosis, Huntington's disease, tuberculosis, polycystic kidney disease, polyposis of the colon, Parkinson's disease, Alzheimer's disease, or any hereditary disorder?

Já

Nei

Ef já, vinsamlegast skráðu í reitina hér fyrir neðan hvern þann ættingja sem er með eða hefur haft þennan sjúkdóm.
If Yes, please fill in the sections below for relatives who are or were affected by the illnesses shown.

Sjúkdómur <i>Medical Condition</i>	Aldur við sjúkdómsgreiningu <i>Age at onset of condition</i>	Ef krabbamein, í hvaða líkamshluta kom það fyrst fram <i>If cancer, please state which part of the body was first affected.</i>

8. Hluti – Heilsufarsspurningar

Part 8 – Health questions

Ef svar þitt við einhverri spurninganna er „já“ vinsamlega gefðu þá nánari skýringu þar sem fram koma allar staðreyndir málsins, þar sem þær geta haft áhrif á mat og samþykkt þessarar yfirlýsingar.

Ef þú ert í vafa um hvort einhver staðreynd skipti máli skaltu tilgreina hana. Gerir þú það ekki, hefur Aviva rétt til að verða ekki við bótakröfum og segja upp tryggingunni/-unum.

Ef þú þarft meira pláss til að skrifa niður svar þitt, vinsamlega notaðu reitinn Viðbótarupplýsingar aftast í þessum hluta.

Þér er einnig skylt að eigin frumkvæði að veita upplýsingar um sérstök atvik sem þú veist, eða mátt vita, að hafi verulega þýðingu fyrir mat Aviva á áhættu.

1 Hvað ert þú há(r)?

What is your height?

2 a) Hvað ert þú þung(ur)?

What is your weight?

b) Hefur þú nýlega lést eða þyngst?

Have you recently lost or gained any weight?

Já

Nei

Ef já, vinsamlega útskýrðu nánar.

If Yes, please give details

Skýring/Details

8. Hluti – Heilsufarsspurningar (framhald)

Part 8 – Health questions (continued)

3 a) Nafn og aðsetur læknis þíns.

Name and address of your doctor

Athugið: ekki er víst að við tölum við lækinn þinn. Þó við gerum það þarft þú samt að tilgreina allar staðreyndir sem skipt geta máli þegar þú fyllir út þessa heilsufarsyfirlýsingu.

Please note we might not contact your doctor. Even if we do, you must still disclose all the material facts when completing this Application.

Símanúmer/Telephone

Faxnúmer/Fax

b) Hvenær fórst þú síðast til læknis?

When did you last attend your doctor?

D	D	M	M	Á	Á
---	---	---	---	---	---

4 Ert þú núna með eða hefur þú einhvern tíma greinst með:

Do you currently have or have you ever had any of the following:

a) Krabbamein, hvítblæði, Hodgkins-sjúkdóm, eitilfrumukrabbamein, æxli í heila eða hrygg?

Cancer, leukaemia, Hodgkin's disease, lymphoma, brain or spinal tumour?

Já	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nei	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

b) Hjartasjúkdóm (þ.m.t. hjartaáfall, hjartaöng, meðfæddan hjartagalla eða gengist undir hjartauppskurð)?

Heart disease (including heart attack, angina, heart defects from birth or heart surgery)?

Já	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nei	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

c) Heilablóðfall, heilablæðingu eða heilaskaða?

Stroke, brain haemorrhage or brain injury?

Já	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nei	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

d) MS-sjúkdóm (mænusigg), sjóntaugarþrota eða sjóntaugarbólgu aftan augnknattar, Parkinsonveiki, lömun, flogaveiki, Alzheimersjúkdóm, heilahrönnun eða heilalömun?

Multiple sclerosis, optic or retrobulbar neuritis, Parkinson's disease, paralysis, epilepsy, Alzheimer's disease, dementia or cerebral palsy?

Já	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nei	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

e) Einhverja aðra sjúkdóma í miðtaugakerfi sem ekki hefur verið minnst á?

Any other disorder of the central nervous system not already mentioned?

Já	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nei	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

f) Sjúkdóm eða sjúkleika í slagæðum (þ.m.t. sjúkdóma í fótleggjum eða í ósæð)?

Disease or disorder of the arteries (including disease in the legs or of the aorta)?

Já	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nei	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

g) Sykursýki eða sykur í þvagi?

Diabetes or sugar in the urine?

Já	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nei	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

h) Geðsjúkdóm sem orðið hefur að meðhöndla á sjúkrahúsi eða hjá geðlækni?

Mental illness that has required hospital treatment or referral to a psychiatrist?

Já	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nei	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

i) Jákvæða niðurstöðu vegna HIV, lifrabólgu B eða C eða bíður þú niðurstöðu úr slíku prófi? Ath.: Ef niðurstaða prófsins er neikvæð, hefur ákvörðun um að fara í HIV-próf ein og sér engin áhrif á væntanlega tryggingarskilmála.

Have you ever tested positive for HIV, Hepatitis B or C or are you awaiting the results of such a test? Note: If the result is negative, the fact of having an HIV test will not in itself have any effect on your acceptance terms for insurance.

Já	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nei	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

8. Hluti – Heilsufarsspurningar (framhald)

Part 8 – Health questions (continued)

Ef þú svaraðir einhverjum hluta spurningar 4 játandi, vinsamlega gefðu nánari skýringu hér fyrir neðan og tilgreindu númer spurningarinnar og viðeigandi lið, t.d. 4 a).

If you answered 'Yes' to any part of question 4, please give details below, including the question number and reference to which it relates, eg 4 a).

Númer og liður
Number and
Reference

Vinsamlega skráið í þennan reit sjúkdóminn/sjúkdómanna, dagsetningar og hve lengi þeir stóðu yfir, meðferð, niðurstöður rannsókna, vinnutap og dagsetningar, nafn og aðsetur lækni sem leitað var til.
Please list in this box the disorder(s), date of disorder(s) and duration, treatment, result of investigations, time off work and dates, name and address of doctor attended.

5 Hefur þú einhvern tíma á síðustu 5 árum haft/gengist undir eftirfarandi:

In the last 5 years have you had any of the following:

- a) Fæðingarblett eða freknu sem hefur blætt úr, valdið eymslum eða tekið útlitsbreytingum, hnúð eða vöxt?

A mole or freckle that has bled, caused pain or changed appearance or any lump or growth?

Já

Nei

- b) Verki í brjóstholi, óreglulegan hjartslátt, háan blóðþrýsting eða háa blóðfitu (kólesteról)?

Chest pain, irregular heart beat, raised blood pressure or raised cholesterol?

Já

Nei

- c) Astma, lungnakvef (bronkítis) eða einhvern annan öndunarfarasjúkdóm?

Asthma, bronchitis or any other respiratory disorder?

Já

Nei

- d) Dofa, tilfinningaleysi eða náladofa í útlimum eða andliti, skort á jafnvægi eða samhæfingu?

Numbness, loss of feeling or tingling of the limbs or face, loss of balance or coordination?

Já

Nei

- e) Krampaköst, flog, fallið í yfirlíð eða misst meðvitund?

Seizures, fits, fainting or blackouts?

Já

Nei

- f) Eitthvað varðandi augu eða eyru, t.d. óskýra sjón eða tvísýni, eða skerta heyrn?

(Þú þarft ekki að nefna sjóngalla sem eru leiðréttir með gleraugum eða linsum en þú ættir að nefna jafnvel tímabundnar sjóntruflanir sem ollu því að þér var vísað á sjúkrahús, heilsugæslustöð, augnlækni eða taugasérfræðing)
Any disorder of the eyes or ears including blurred or double vision, or impaired hearing? (You can ignore sight problems corrected by glasses or contact lenses but you should include even temporary visual disturbances for which you were referred to a hospital, clinic, ophthalmologist or neurologist)

Já

Nei

- g) Gigt, bakverki, settaugarbólgu, verki í hálsi, hnjám eða úlnliðum?

Arthritis, back pain, sciatica, neck, knee or wrist pain?

Já

Nei

- h) Einhverja röskun í liðum, beinum eða vöðvum?

Any other disorder of the joints, bones or muscles?

Já

Nei

8. Hluti – Heilsufarsspurningar (framhald)

Part 8 – Health questions (continued)

- i) Sjúkdóm í meltingarfærum, lifur, maga, brisi eða þörmum (þ.m.t. magasár, lifrabólgu, ristilkef eða Crohns-sjúkdóm)?
Any disorder of the digestive system, liver, stomach, pancreas or bowel (including ulcers, hepatitis, colitis or Crohn's disease)?
- Já Nei
- j) Blóðsjúkdóm eða þjáðst af blóðleysi?
Any blood disorder or anaemia?
- Já Nei
- k) Skjaldkirtilssjúkdóm?
Thyroid disorder?
- Já Nei
- l) Sjúkdóm í nýrum, þvagblöðru eða þvag- og kynfærum (t.d. blóð eða eggjahvíta (protein) í þvagi og þvagfærasýkingar)?
Disorder of the kidney, bladder or the genito-urinary system (including blood or protein in the urine and urinary tract infections)?
- Já Nei
- m) Fengið meðferð við eða greinst með einhvern sjúkdóm sem smitaðist við kynmök?
Treatment or a positive test for any disease which was transmitted sexually?
- Já Nei
- n) Þunglyndi, kvíða, streitu, síþreytu eða fengið taugaáfall?
Depression, anxiety, stress, fatigue or nervous breakdown?
- Já Nei
- o) Gengist undir læknisrannsókn, skönnun eða próf eða verið ráðlagt að fara í slíkar rannsóknir?
Medical investigation, scan or test or have you been advised to have such investigations?
- Já Nei
- p) Verið lagður/lögð inn á sjúkrahús eða sótt göngudeild sjúkrahúss?
Attendance at a hospital as an inpatient or as an outpatient?
- Já Nei
- q) Farið í skurðaðgerð?
A surgical operation?
- Já Nei

Ef þú svaraðir einhverjum hluta spurningar 5 játandi, vinsamlega gefðu nánari skýringu hér fyrir neðan, þ.m.t. númer spurningarinnar og viðeigandi lið, t.d. 5 a).

If you answered 'Yes' to any part of question 5, please give details below, including the question number and reference to which it relates, eg 5 a).

Númer og liður
Number and
Reference

Vinsamlega skráðu í þennan reit sjúkdóminn/sjúkdómanna, dagsetningar og hve lengi þeir stóðu yfir, meðferð, niðurstöður rannsókna, vinnutap og dagsetningar, nafn og aðsetur læknis sem leitað var til.
Please list in this box the disorder(s), date of disorder(s) and duration, treatment, result of investigations, time off work and dates, name and address of doctor attended.

8. Hluti – Heilsufarsspurningar (framhald)

Part 8 – Health questions (continued)

6 Átt þú á næstu 12 mánuðum:

In the next 12 months:

Að fara í eftirlit í tengslum við eitthvert heilsufarsvandamál eða bíður þú eftir niðurstöðum einhverra rannsókna?

Já

Nei

Are you due to have a check-up in connection with any medical conditions or are you waiting for the result of any medical investigations?

Ef þú svaraðir þessari spurningu játandi, vinsamlega útskýrðu nánar hér fyrir neðan

If you answered 'Yes' to this question, please give details below.

Sjúkdómur

Medical condition

Skýring

Details

Dagsetning skoðunar/
læknisrannsóknar

*Date of check-up/
medical investigation*

Skýring

Details

7 Hefur þú á síðustu 12 mánuðum:

In the last 12 months:

a) Leitað þér aðstoðar vegna heilsufars (t.d. hjá lækni, ráðgjafa, geðlækni, á sjúkrahúsi, heilsugæslustöð, beinasérfræðingi o.s.frv.)?

Já

Nei

Have you had any medical consultation (eg with a doctor, consultant, psychiatrist, hospital, clinic, osteopath etc)?

Þú þarft ekki að tilgreina tilfallandi læknisheimsóknir vegna kvefs, flensu, til að fá getnaðarvarnarpilluna eða vegna stroksýna og reglubundinnar læknisskoðunar ef niðurstöður eru komnar fram og hafa verið eðlilegar.

You do not need to give details of occasional consultations with your doctor for just colds, flu, and for consultations for oral contraceptive pills, or smear tests and well man/woman check ups where the results are known and were normal.

b) Hafa þér verið ávísuð einhver lyf, (meðul eða töflur) eða hefur þú fengið einhverja aðra læknismeðferð?

Já

Nei

Have you been prescribed drugs, medicines or tablets or had any other form of medical treatment?

Ef þú svaraðir einhverjum hluta spurningar 7 játandi, vinsamlega gefðu nánari skýringu hér fyrir neðan, þ.m.t. númer spurningarinnar og viðeigandi lið, t.d. 7 a).

If you answered 'Yes' to any part of question 7, please give details below, including the question number and reference to which it relates, eg 7 a).t

Númer og liður
*Number and
Reference*

Vinsamlega skráðu í þennan reit sjúkdóminn/sjúkdómana, dagsetningar og hve lengi þeir stóðu yfir, meðferð, niðurstöður rannsókna, vinnutap og dagsetningar, nafn og aðsetur læknis sem leitað var til.
Please list in this box the disorder(s), date of disorder(s) and duration, treatment, result of investigations, time off work and dates, name and address of doctor attended.

8. Hluti – Heilsufarsspurningar (framhald)

Part 8 – Health questions (continued)

8 Hefur þú einhvern tíman

gengist undir skurðaðgerð utan Íslands eða Evrópusambandsins eða þegið blóð utan Íslands eða Evrópusambandsins?

Have you ever undergone any surgical procedure outside Iceland or the European Union or been a recipient of blood products outside Iceland or the European Union?

Já

Nei

Skýring
Details

9 Hefur þú á síðustu fimm árum lent í aðstæðum þar sem þú áttir á hættu að fá HIV-sýkingu?

Ath: Hægt er að smitast af HIV við óvarin kynmök, eiturfjaneyslu með sprautunálum, blóðgjafir sem eiga sér stað utan Íslands eða Evrópusambandsins eða við uppskurð utan Íslands eða Evrópusambandsins.

Within the last five years have you been exposed to the risk of HIV infection?

Note: HIV can be caught through unsafe sex, intravenous drug abuse, blood transfusions undertaken outside Iceland or the European Union or surgery undertaken outside Iceland or the European Union.

Já

Nei

Skýring
Details

9. Hluti – Yfirlýsing

Part 9 – Declaration

Þessa yfirlýsingu verða allir að undirrita sem sem aðild eiga að þessari heilbrigðisyfirlýsingu.

- Ég lýsi því hér með yfir að allar upplýsingar og ráðgjöf um trygginguna sem veittar hafa verið af tryggingaráðgjafa mínum voru aðeins gefnar eftir að ég leitaði til tryggingaráðgjafans til að óska eftir upplýsingum og ráðgjöf um þá líftryggingarsamninga sem í boði eru hjá Aviva.
 - Aviva lýtur eftirliti Seðlabanka Írlands og hefur heimild Fjármálaeftirlitsins á Íslandi til að bjóða vöru sína á Íslandi í samræmi við íslensk lög.
 - Mér er ljóst að Aviva hefur þörf á að fá upplýsingar um heilsufar mitt til þess að geta metið áhættu af tryggingunni og mér er einnig ljóst að félagið þurfi að sjá læknaáskýrslur mínar til að skera úr um réttmæti bótaskrófu. Í þessu sambandi vil ég benda á að mér hafa verið kynnt sérstaklega ákvæði 20. gr. laga um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga við upplýsingagjöf um persónuleg málefni í umsókn þessari.
 - Ég hef aðsetur á Íslandi og staðfesti að samkvæmt minni bestu vitund er ég ekki háð/háður neinum lögum sem gætu gert þessa tryggingu/tryggingar ólögmæta/r.
 - Mér er ljóst að venjulegir tryggingaskilmálar og afrit af þessari útfylltu heilbrigðisyfirlýsingu eru fánleg ef óskað er eftir því.
- Ég hef lesið svör mín við spurningunum í þessari heilsufarsyfirlýsingu og lýsi því yfir að samkvæmt minni bestu vitund eru allar upplýsingar sem ég hef gefið réttar og engum viðeigandi upplýsingum hefur verið sleppt. Ég fellst á að hafi einhverjum viðeigandi upplýsingum verið sleppt eða rangar upplýsingar veittar, hefur Aviva lagalegan rétt til að stöðva gerð sérhvers tryggingarsamnings vegna þessarar heilsufarsyfirlýsingar og getur gert ógilda sérhverja síðari kröfu.
 - Ég skil að mér sé skylt, að eigin frumkvæði, að veita upplýsingar um sérstök atvik sem ég veit, eða má vita, að hafi verulega þýðingu fyrir mat Aviva á áhættu.
 - Ég samþykki að sé þess krafist að ég sæti læknaáskýrslu, muni svörin sem ég gef læknafræðilegum rannsóknaraðila mynda hluta þessarar yfirlýsingar.
 - Ég veiti Aviva leyfi til að nota fjölskyldusögu mína til að meta líkur á því að ég kunni að þjást af svipuðum sjúkdómi í framtíðinni. Ég geri mér grein fyrir að þeir skilmálar sem boðnir verða gætu innfalið álag á iðgjald eða undantekningar, eða að tryggingu gæti verið hafnað vegna fjölskyldusögu minnar.
 - **Ég fellst á að ég þurfi að tilkynna Aviva án tafar ef heilsa mín eða aðstæður breytast, áður en Aviva tekur á sig áhættuna af þeim tryggingasamningi sem sótt er um.**
- Ég fellst á að Aviva megi nota þær upplýsingar sem hafa verið veittar Aviva í tengslum við þessa heilsufarsyfirlýsingu til að auðvelda mat á hugsanlegum bótaskrófum og þær verði e.t.v. veittar þriðja aðila, t.d. læknafræðilegum rannsóknaraðila, til að auðvelda mat á bótaskrófum. Ákvæði laga um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga nr. 77/2000 gildi um veitingu upplýsinga til þriðja aðila.
- Ég gef Aviva leyfi til að veita heilbrigðisupplýsingar til líftryggingafélags, læknafræðilegs rannsóknaraðila eða hvers þess fyrirtækis sem sér um slíkar rannsóknir fyrir hönd Aviva.
 - Ég heimila Aviva að nota þær upplýsingar sem ég gef og upplýsingar um mig í tengslum við hverja þá tryggingu sem ég hef tekið hjá Aviva í tengslum við undirritun tryggingarsamninga, úrvinnslu á bótaskrófum, og í stjórnsýslulegum, rannsóknarlegum og tölfræðilegum tilgangi. Ég samþykki að Aviva getur t.a.m. veitt slíkar upplýsingar til lækna og hjúkrunarfólks, váttryggjenda og endurtryggjenda eða þeirra umboðsstofnana sem útnefndar eru í þeim tilgangi. Þessar stofnanir kunna að vera í löndum utan Írlands þar sem ekki er til staðar löggjöf til að vernda persónuupplýsingar þínar. Upplýsingar um þau fyrirtæki og lönd sem upplýsingar þínar hafa verið sendar til er hægt að nálgast ef beðið er um þær. Aviva ber áfram ábyrgð á að upplýsingarnar séu varðveittar tryggilega.
 - Ég samþykki einnig að Aviva veiti e.t.v. upplýsingar til þriðja aðila í þeim tilgangi að hindra glæpi eða til að afhjúpa svik, til þess að geta gert réttmæta kröfu í eignir eða þegar þess er krafist í lögum eða reglugerðum.
 - Allar upplýsingar sem fram koma í þessari heilsufarsyfirlýsingu eru trúnaðarmál, en hins vegar má veita þær þriðja aðila vegna stjórnunar, undirskrifta, kröfurannsókna og í tölfræðilegum tilgangi, að því tilskyldu að með þær sé farið í samræmi við lög um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga.
- Ég heimila ykkur að biðja lækna sem ég hef leitað til varðandi andlega eða líkamlega heilsu mína að veita heilsufarsupplýsingar til að aðstoða ykkur við mat á þessari heilsufarsyfirlýsingu. Þið megið safna viðeigandi upplýsingum frá öðrum tryggingendum eða endurtryggjendum varðandi aðrar umsóknir um líf-, heilsu-, veikinda-, örorku-, slysa, einka, líf eða heilsutryggingar sem ég hef sótt um. Ég heimila þeim sem um það eru beðnir að veita upplýsingar ef þeim er sýnt eintak af þessari yfirlýsingu um samþykki mitt, einnig eftir dauða minn, til stuðnings kröfum sem gerðar verða í váttryggingarfráhræð tryggingarinnar. Áskilið er að allra upplýsinga sé aflað í samræmi við lög um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga.

Undirskrift
Signature

Dags
Date

10. Hluti – Greiðsla



Part 10 – Payment

TIL LEIÐBEININGAR: Vinsamlega fylltu út í HÁSTÖFUM og skilaðu eyðublaðinu til tryggingaráðgjafa þíns eða til Aviva.

Aðeins er hægt að taka við greiðslu með greiðslukorti.

Greiðslukortheimild við tókum aðeins Mastercard eða Visacard

Chargecard Authority We can only accept Mastercard or Visacard

Ef þriðji aðili greiðir iðgjöldin þá vinsamlega fyllið út eyðublaðið “Auðkenning þriðja aðila sem greiðanda”.

If a third party is paying the premiums, please complete a standalone “Verification of third party premium payer” form.

Þar til ég tilgreini annað, veiti ég Aviva heimild til að skuldfæra á MASTERCARD/VISACARD* reikning minn eina ótilgreinda upphæð og síðan £ sterlingspund ÁRLEGA/MÁNAÐARLEGA (strikist út eftir því sem við á) eftir að tryggingin tekur gildi.

Kortanúmer

Card number

Gildistími

Expiry date

Nafn korthafa og
upphafsstafir eins og
fram kemur á kortinu

Cardholder's name
and initials as
shown on card

Póstfang korthafa
yfirlýsingar

Cardholder statement
address

Undirskrift
Signature

Dags
Dated

Ég staðfesti að ég hef séð alla tryggingarskilmálana.
I confirm that I have seen the full terms and conditions.

Þær upplýsingar sem fram koma í þessu skjali eru samkvæmt skilningi Aviva á núgildandi íslenskum lögum og skattlagningu, sem kunna að breytast. Ekki er hægt að taka neina ábyrgð á afleiðingum sem þessi samningur kann að hafa fyrir sköttun einstaklinga eða afleiðingum breytinga á skattlagningu eða löggjöf í framtíðinni.

Sé viðskiptavinur óánægður einhverra hluta vegna má senda kvörtun til annarrar hvorrar eftirtaldrá skrifstofa:

Insurance Complaints Committee

Höfðatúni 2

IS-105 Reykjavík

ICELAND

Vefsetur: <https://en.fme.is/supervision/consumer-affairs/the-insurance-complaints-committee/>

Financial Services and Pensions Ombudsman

Lincoln House, Lincoln Place

Dublin 2, D02 VH29

Sími: + 353 (0) 1 567 7000

Netfang: info@fsp.ie

Vefsetur: fsp.ie

| Retirement | Investments | Insurance | Health |

Aviva Life & Pensions Ireland Designated Activity Company, einkahlutafélag.
Skráð á Írlandi nr. 165970. Skráð skrifstofa við Building 12, Cherrywood Business Park, Loughlinstown, Co Dublin, D18 W2P5, Írlandi.
Aviva Life & Pensions Ireland Designated Activity Company, undir viðskiptaheitinu
Aviva Life & Pensions Ireland og Friends First lúta eftirliti Seðlabanka Írlands (Central Bank of Ireland). Tilvísunarnúmer félags er C757.
Sími +353 (0)1 898 7950 olab.aviva.com

aviva.co.uk

XIN34/SOM (ICE) HL74035 05/2022 © Aviva

