

Mígreni/Höfuðverkur

Vinsamlegast svarið hverri spurningu **sjálfstætt**. Fyllist út af umsækjanda

I. Viðbótarspurningar

Vátryggður _____ Kennitala _____

1. Hefur þú fengið greininguna migreni af taugalækni/ heimilislækni? Já Nei

Ef já:

a) Hvenær komu einkenni migrenis fyrst fram? _____

b) Hversu oft færð þú migreniköst? _____

c) Færðu árueinkenni Já Nei

Ef já, lýstu einkennunum _____

d) Hversu lengi standa migreniköstin yfir? _____

e) Hefur þeim fjölgað undanfarið? Já Nei

Ef já, útskýrðu nánar _____

f) Notar þú einhver sértæk migrenilyf? Já Nei

Ef já, hvaða lyf og skammtar _____

Ef nei, notar þú einhver önnur lyf, hvaða? _____

Ef nei:

a) Tengist höfuðverkurinn álagi eða spennu, eftirstöðvum höfuðáverka? Já Nei

b) Hversu oft færðu höfuðverk í mánuði? _____

c) Hversu lengi ertu með höfuðverk í einu? _____

d) Hefur höfuðverkjaköstum fjölgað undanfarið? Já Nei

Ef já, útskýrðu nánar _____

e) Notar þú einhver lyf við höfuðverknum? Já Nei

Ef já, hvaða lyf og skammtar _____

2. Eiga eftirfarandi einkenni við þig:

a) Svimi Já Nei

b) Yfirlið Já Nei

c) Krampar Já Nei

Ef já, vinsamlegast útskýrið nánar _____

3. a) Hefur þú misst úr vinnu vegna einkennanna? Já Nei

Ef já, hvenær síðast og hversu lengi? _____

b) Verður þú fyrir óþægindum í vinnu vegna einkenna þinna? Já Nei

Ef já, vinsamlegast útskýrið nánar _____

c) Hefur þú skipt um starf eða minnkað við þig vinnu vegna einkenna? Já Nei

d) Í hverju felst vinna þín? _____

4. Hefur þú leitað læknis/sjúkrastofnunar vegna mígrenis/ höfuðverkja? Já Nei

Ef já, hvar og hvenær, nefndu lækni og aðsetur hans _____

5. Hefur þú farið í einhverjar rannsóknir vegna mígrenis /höfuðverkja? Já Nei

Ef já, hvenær, hvaða rannsóknir og helstu niðurstöður? _____

6. Er vitað um undirliggjandi orsök mígrenisins /höfuðverkjanna? Já Nei

Ef já, hver er orsökinn? _____

7. Er bati alger eða að hluta? _____

8. Hefur þú einhverju við að bæta _____

II. Eigin yfirlýsing og undirskrift

Ég staðfesti hér með að ég hef ekki verið veik/ur eða í læknisrannsókn, að ég hef ekki orðið fyrir óhappi eða slysi og að það hafa ekki orðið neinar aðrar breytingar á heilsufari mínu síðan að ég síðast undirritaði váttryggingarumsókn til Varðar líftrygginga hf.

Ég lýsi því einnig yfir að ofangreindar upplýsingar eru réttar og þær ásamt eldri tryggingarbeiðni og váttryggingarskilmálum Varðar líftrygginga hf. skulu vera grundvöllur váttryggingarsamnings milli mín og félagsins. Komi síðar í ljós að ég hafi gefið rangar upplýsingar á sviksamlegan hátt, eða leynt atriðum, sem skipt gætu félagið máli, er váttryggingarsamningurinn ógildur frá upphafi og greidd iðgjöld töpuð. Ég samþykki að félagið megi leita upplýsinga hjá þeim sjúkrahúsum og læknum sem mig hafa stundað og leysi ég þá frá þagnarheitinu að því leyti.

Staður og dagsetning

Undirskrift

Vinsamlegast skráið upphafsstafi á síðu 1