

Hjartasjúkdómar/einkenni frá hjarta

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

I. Viðbótarspurningar

Vátryggður _____ Kennitala _____

1. a) Hefur þú nú eða áður haft brjóstverki, átt erfitt með andardrátt eða önnur einkenni hjartakvilla? Já Nei

Ef já, hvenær fyrst og hvenær síðast? _____

- b) Á hvaða tíma sólarhrings koma þessi einkenni helst? Nákvæm tímasetning (dags/nætur) _____

- c) Af hvaða hjartasjúkdómi/einkennum frá hjarta þjáist þú? _____

- d) Hafa foreldrar eða systkini fengið hjartasjúkdóm fyrir 60 ára aldur? Já Nei

Ef já, hver og á hvaða aldri? _____

- e) Séu foreldri eða systkini látin, tilgreinið hver, ásamt aldri og dánarorsök _____

2. a) Hefur þú verið lagður/lögð inn eða farið í rannsókn vegna sjúkdómsins? Já Nei

Ef já, tilgreinið nöfn og heimilisföng lækna, sjúkrahúsa/einkastofa eða þeim sem hafa meðhöndlað þig. Getið einnig til um

hvenær rannsókn/meðferð fór fram (mánuð/ár) _____

- b) Hvaða rannsóknir voru gerðar, hvenær og hverjar voru niðurstöður? _____

- c) Hefur þú farið í aðgerð vegna sjúkdómsins? Já Nei

Ef já, hvers konar aðgerð, hvenær og hver var árangurinn? _____

- d) Hefur þú mælst með of hátt kolesteról? Já Nei

Ef já, hverjar voru tölurnar/gildin? _____

e) Ert þú nú eða hefur þú áður verið í lækni meðferð vegna einkenna/sjúkdóms? Já Nei

Ef já, hvaða lækni meðferð, hvenær og hver var árangurinn? _____

3. a) Notar þú reglulega lyf vegna einkenna/sjúkdómsins? Já Nei

Ef já, tilgreinið lyf og skammtastærðir _____

b) Hefur þú áður notað lyf vegna einkenna/sjúkdómsins? Já Nei

Ef já, tilgreinið lyf og skammtastærðir _____

4. a) Hefur þú tekið veikindafrí eða verið óvinnufær vegna sjúkdómsins? Já Nei

Ef já, tilgreinið hvenær síðast og hve lengi _____

b) Hefur þú óþægindi af einkennum/sjúkdómnum í vinnunni? Já Nei

c) Hefur þú þurft að skipta um eða minnka vinnu vegna einkenna/sjúkdómsins? Já Nei

Ef já, hvenær? _____

d) Í hverju felst vinna þín? _____

5. Hafa einkennin/sjúkdómurinn áhrif á daglegar athafnir? Já Nei

Ef já, hvaða lýsing á best við þín einkenni (veldu a, b eða c):

a) Brjóstverkir aðeins við mikla líkamlega áreynslu eða geðshræringu, lyf virka vel, ekki erfitt um andardrátt ... Já Nei

b) Dagleg eða næstum dagleg einkenni, lyf virka vel, hefur ekki áhrif á daglegar athafnir, einungis erfitt um andardrátt í köstum Já Nei

c) Endurtekin einkenni, einnig í hvíld. Lyf hjálpa ekki alltaf, erfitt með andardrátt Já Nei

6. Hefur þú náð fullum bata? Já Nei

Ef nei, skýrið nánar _____

7. a) Reykir þú? Já Nei

Ef já, síðan hvenær og hversu mikið á dag? _____

b) Hefur þú áður reykt? Já Nei

Ef já, á hvaða tímabili og hversu mikið á dag? _____

8. Hefur þú sótt um og/eða fengið bætur vegna einkenna/sjúkdómsins? Já Nei

Ef já, hvaðan og á hvaða tímabili? _____

9. 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 1-2