

## Kvensjúkdómar

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

### I. Frumubreytingar

Vátryggður \_\_\_\_\_ Kennitala \_\_\_\_\_

1. Hafa greinst hjá þér frumubreytingar í leghálsi? .....  Já  Nei

Ef já, hvenær? \_\_\_\_\_

2. Hefur þú legið á sjúkrahúsi vegna frumubreytinganna? .....  Já  Nei

Ef já, hvaða meðferð fékkst þú og hvaða lækna stunduðu þig? \_\_\_\_\_

3. Hafa sýni úr leghálsi verið eðlileg eftir frumubreytingarnar? .....  Já  Nei

Ef já, hversu mörg og hvenær voru þau tekin? \_\_\_\_\_

4. Hvenær var síðast tekið sýni frá leghálsi? \_\_\_\_\_

### II. Legnám

1. Hefur leg þitt verið fjarlægð? .....  Já  Nei

Ef já, hvenær og hver var ástæðan? \_\_\_\_\_

2. Fékkstu einhverja aðra meðferð í tengslum við legnámið? .....  Já  Nei

Ef já, hvaða meðferð? \_\_\_\_\_

3. Ertu í lækni eftirliti vegna legnámsins? .....  Já  Nei

Ef já, hversu oft ferð þú í eftirlit og tilgreinið nafn og aðsetur læknis \_\_\_\_\_

### III. Aðrir kvensjúkdómar

1. Hefur þú haft aðra kvensjúkdóma en þá sem tilgreindir hafa verið? .....  Já  Nei

Ef já, útskýrið \_\_\_\_\_

2. Hefur þú farið í aðgerðir eða verið undir lækni-seftirliti vegna þeirra? .....  Já  Nei

Ef já, útskýrið nánar og tilgreinið nafn og aðsetur læknis \_\_\_\_\_

3. Hefur þú einhverju við að bæta? \_\_\_\_\_

#### IV. Eigin yfirlýsing og undirskrift

Ég staðfesti hér með að ég hef ekki verið veik/ur eða í lækni-rannsókn, 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