

## Lifrar- og gallblöðrusjúkdómar

Vinsamlegast svarið hverri spurningu sjálfstætt. Fyllist út af umsækjanda

### I. Viðbótarspurningar

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

1. Hefur þú nú eða áður verið með einkenni frá lifur eða gallblöðru? .....  Já  Nei

Ef já, hvaða einkenni hefur þú haft? \_\_\_\_\_

2. Hversu oft þau koma fram? \_\_\_\_\_

3. Hefur þú leitað til læknis/sjúkrastofnana vegna vandamálsins? .....  Já  Nei

Ef já, hvenær og hvar \_\_\_\_\_

4. Hefur þú fengið einhverja greiningu? .....  Já  Nei

Ef já, hvaða? \_\_\_\_\_

5. Hefur þú nú eða áður fengið einhverskonar meðferð? .....  Já  Nei

Ef já, hvaða? \_\_\_\_\_

6. hefur þú verið lagður/lögð inn á spítala vegna vegna vandamálsins? .....  Já  Nei

Ef já, hvenær? \_\_\_\_\_

7. Er aðgerð fyrirhuguð? .....  Já  Nei

Ef já, hvaða og hvenær \_\_\_\_\_

8. Annað \_\_\_\_\_

### 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 vátryggingarumsókn til Varðar líftrygginga hf.

Ég lýsi því einnig yfir að ofangreindar upplýsingar eru réttar og þær ásamt eldri tryggingarbeiðni og vátryggingarskilmálum Varðar líftrygginga hf. skulu vera grundvöllur vátryggingarsamnings milli mín og félagsins. Komi síðar í ljós að ég hafi gefið rangar upplýsingar á svíksamlegan hátt, eða leynt atriðum, sem skipt gætu félagið máli, er vátryggingarsamningurinn 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