

Viðbótarspurningar vegna sjúkdóms

Vinsamlegast svarið hverri spurningu sjálfstætt. Fyllist út af umsækjanda

I. Viðbótarspurningar

Vátryggður _____ Kennitala _____

1. a) Heiti sjúkdóms og lýsing _____

b) Hvenær byrjaði sjúkdómurinn og hversu lengi hefur hann staðið? _____

c) Hverjar eru/voru orsakir sjúkdómsins? _____

2. a) Hefur þú verið óvinnufær vegna sjúkdómsins? Já Nei

Ef já, hvenær og hversu lengi? _____

b) Varst þú rúmliggjandi? Já Nei

Ef já, hvenær og hversu lengi? _____

3. a) Hvenær varðst þú síðast var/vör við einkenni sjúkdómsins? Dags _____

b) Notar þú nú eða hefur þú áður notað einhver lyf vegna sjúkdómsins/slyssins? Já Nei

Ef já, hvenær, hvaða lyf og hversu stóra skammta? _____

4. Hefur þú verið lagður/lögð inn á sjúkrahús eða farið í rannsókn vegna sjúkdómsins? Já Nei

Ef já, tilgreinið nöfn og heimilisföng lækna/grasalækna, sjúkrahúsa/einkastofa eða þeim sem hafa meðhöndlað þig. Getið einnig til um hvenær meðferð fór fram (mán/ár) _____

5. Finnur þú nú fyrir einhverjum óþægindum/fylgikvillum vegna sjúkdómsins? Já Nei

Ef já, hvers konar? _____

6. a) Hefur þú verið í meðferð eða standa einhverjar meðferðir nú yfir? Já Nei

Ef já, hvaða? _____

b) Eru einhverjar meðferðir fyrirhugaðar? Já Nei

Ef já, hvaða? _____

7. Hefur þú náð fullum bata? Já Nei

Ef nei, útskýrið _____

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