

I. Grunnupplýsingar

Vátryggður _____ Kennitala _____

I. Sóttkví

1. Telur þú ástæðu til að ætla að þú hafir verið útsett/ur fyrir smiti vegna kórónuveiru (Covid-19)? Já NeiEf nei, hefur þú þurft að sæta sóttkví að beiðni almannavarna eða heilbrigðisyfirvalda Já Nei

Ef já, vinsamlega tilgreindu tímabil sem þú varst í sóttkví, frá og til _____

II. Staðfest smit

2. Hefur þú verið greind/ur með Covid-19 veirusýkingu? Já NeiEf nei, hefur þú verið með influensu einkenni síðustu 4 vikur s.s. hósta, hita yfir 38°C, hálsærindi? Já Nei

Ef já, vinsamlega svarið eftirfarandi

Hvenær greindist þú? _____

Hvenær varst þú síðast með einkenni? _____

3. Hefur þú verið lagður/ lögð inn á sjúkrahús, eða farið í rannsókn vegna einkenna Já Nei

Ef já vinsamlega tilgreinið tímabil sjúkrahúsvistar _____

4. Ert þú undir eftirliti læknis vegna veirusýkingar í dag? Ef já, hverjum? _____

5. Hefur þú náð fullum bata? Já Nei

Ef nei, vinsamlega skýrið nánar _____

6. Annað sem þu vilt að komi fram _____

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 sviksamlegan 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