

## Líkamsþyngd

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

### I. Viðbótarspurningar

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

1. Hver er hæð þín? \_\_\_\_\_ cm Hver er þyngd þín? \_\_\_\_\_ kg

2. Hefurðu lést eða þyngst um meira en 5 kíló á síðasta 24 mánaða tímabili?  Já  Nei

Ef já, útskýrið nánar. Hvenær, hversu mörg kíló og af hverju? \_\_\_\_\_

3. a) Hefur þú þurft á lækni meðferð að halda vegna ofþyngdar?  Já  Nei

Ef já, útskýrið nánar. Hvenær og hvaða meðferð? \_\_\_\_\_

b) Hefur þú þurft á lækni meðferð að halda vegna þess að þú hafir verið of létt/léttur?  Já  Nei

Ef já, útskýrið nánar. Hvenær og hvaða meðferð? \_\_\_\_\_

4. Hefur þú verið á sérstöku mataræði?  Já  Nei

Ef já, útskýrið nánar \_\_\_\_\_

### II. 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 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