

Baksjúkdómar/bakvandamál

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

I. Viðbótarspurningar

Vátryggður _____ Kennitala _____

1. Hver eru sjúkdómseinkennin?

- a) Pursabit? Já Nei d) Vöðvabólga / vöðvagigt? Já Nei
b) Brjós-klos? Já Nei e) Aðrir bakverkir eða önnur óþægindi? Já Nei
c) Verkir í hálsi? Já Nei

Ef já, gefðu góða lýsingu á vandamálinu, hversu oft þú ert með einkenni, upphaf og lok einkenna? _____

2. Hefur þú lamast? Já Nei

3. Hefur þú haft verki eða náladofa í höndum eða fótum? Já Nei

Ef já, útskýrðu nánar _____

4. Hefur þú verið óvinnufær vegna sjúkdómsins? Já Nei

Ef já, hvenær? _____

5. Veldur sjúkdómurinn þér óþægindum í daglegu starfi? Já Nei

Ef já, með hvaða hætti? _____

6. Hefur þú fengið þjálfun og/eða snúið til annarra starfa vegna sjúkdómsins? Já Nei

Ef já, hvaða þjálfun/starfs og hvenær? _____

7. Stutt lýsing á daglegum störfum _____

8. Hefurðu verið til rannsóknar/myndatöku/meðferðar á sjúkrahúsi eða öðrum sjúkrastofnunum eða verið til meðferðar hjá öðrum vegna sjúkdómsins? Já Nei

Ef já, hvar, hvenær, hjá hverjum og hvers konar meðferð? _____

9. a) Hefur þú farið í aðgerð vegna sjúkdómsins eða er aðgerð fyrirhuguð? Já Nei

Ef já, hvar og hvenær? _____

b) Hafa eftir meðferðina/aðgerðina komið fram verkir eða önnur óþægindi? Já Nei

Ef já, hvers konar og hvenær síðast? _____

10. Hefur þú enn einkenni frá baki?

a) Öðru hvoru? Já Nei

b) Stöðugt? Já Nei

c) Aldrei? Já Nei

11. Notar þú lyf daglega eða hefur þú áður notað lyf vegna óþægindanna? Já Nei

Ef já, tilgreinið lyf og skammtastærðir og hvenær lyfjameðferð hófst og hvenær henni lauk? _____

12. Færðu greiddar bætur úr almannatryggingum og/eða lífeyrissjóði? Já Nei

Ef já, frá því hvenær? _____

13. 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 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