

Maga og þarmasjúkdómar

Vinsamlegast svarið hverri spurningu sjálfstætt. Fyllist út af umsækjanda

I. Viðbótarspurningar

Vátryggður _____ Kennitala _____

1. a) Hefur þú nú eða áður haft einkenni frá/sjúkdóma í maga? Já Nei

b) Hefur þú nú eða áður haft einkenni frá/sjúkdóm í þörmum? Já Nei

Ef svar við a) eða b) er já, skýrið nánar (hversu oft, hvenær fyrst og hvenær síðast) _____

2. Hefur þú fengið nákvæma greiningu? Já Nei

Ef já, tilgreinið hvaða greiningu, hver framkvæmdi greininguna og hvenær _____

3. Hefur þú haft:

a) Blóðug uppköst? Já Nei

b) Blóð í hægðum? Já Nei

c) Niðurgang? Já Nei

d) Þyngdartap? Já Nei

Ef svar við einhverri/ein hverjum ofangreindra spurninga er já, tilgreinið þá hvenær, hve lengi og hve mikið eftir því sem við á

4. a) Hefur þú verið frá vinnu vegna sjúkdómsins/einkenna? Já Nei

Ef já, hvenær síðast og hversu lengi? _____

b) Verður þú fyrir óþægindum í vinnu þinni vegna sjúkdómsins/einkenna? Já Nei

Ef já, skýrið nánar _____

c) Hefur þú skipt um starf eða minnkað við þig vinnu vegna sjúkdómsins/einkenna? Já Nei

Ef já, hvenær? _____

d) Í hverju felst vinna þín? _____

5. Hefurðu verið lagður/lögð inn á sjúkrahús eða farið í rannsókn vegna sjúkdómsins? Já Nei

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

6. Hefur nokkurn tíma verið framkvæmd:

a) Magaspeglun? Já Nei

b) Ristilspeglun (athugun á ristli)? Já Nei

c) Endaparmsspeglun? Já Nei

d) Röntgenrannsókn á maga eða þörmum? Já Nei

e) Aðgerð á maga/þörmum? Já Nei

f) Blóðgjöf? Já Nei

Ef svar við einhverri af ofangreindum spurningum er já, tilgreinið hvar, hvenær og niðurstöður eftir því sem við á

7. a) Notarðu reglulega lyf vegna sjúkdómsins/einkenna? Já Nei

Ef já, tilgreinið hvaða lyf og skammtastærðir _____

b) Hefur þú áður notað lyf vegna sjúkdómsins/einkenna? Já Nei

Ef já, tilgreinið heiti, skammtastærðir, hvenær meðferð hófst og hvenær henni lauk _____

c) Ferðu reglulega í eftirlit vegna sjúkdómsins/einkenna? Já Nei

Ef já, tilgreinið hvar og hvenær síðast _____

d) Finnur þú enn fyrir sjúkdómnum/einkennum? Já Nei

Ef já, útskýrið nánar _____

8. a) Reykir þú? Já Nei

Ef já, síðan hvenær og hversu mikið á dag? _____

b) Hefur þú áður reykt? Já Nei

Ef já, á hvaða tímabili og hversu mikið á dag? _____

9. Hefur þú sótt um og/eða fengið bætur vegna einkenna/sjúkdómsins? Já Nei

Ef já, hvaðan og á hvaða tímabili? _____

10. 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 1-2