

Spurningalisti vegna vímuefnaneyslu

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

I. Viðbótarspurningar

Vátryggður _____ Kennitala _____

1. Hefur þú einhvern tíma notað eitthvað af eftirtöldu án þess að það væri vegna heilsufarsástæðna og

gefið samkvæmt læknisráði? Já Nei

Ef já, hvenær (mánuð og ár)

a) Verkja- og deyfilyf, s.s. heróín, metadón, morfín eða annað? _____

b) Svefnlyf, s.s. barbitursýrusambönd, triazolam eða annað? _____

c) Róandi lyf, s.s. diazepam eða annað? _____

d) Amfetamín, s.s. benzedríne, dexedríne eða annað? _____

e) Kókaín eða "crack"? _____

f) Ofskynjunarlyf, s.s. LSD eða annað? _____

g) Kannabis, s.s. marijúana, hass eða annað? _____

h) Leysiefni, s.s. lím eða annað? _____

i) Önnur? Hver? _____

2. Hefurðu farið í meðferð eða leitað lækni vegna lyfja/vímuefnaneyslu? Já Nei

Ef svo er, hvar og hvenær? Vinsamlegast skráðu nafn/nöfn þeirra lækna sem hafa haft eftirlit með meðferð þinni

3. Hefurðu orðið fyrir skaða sem tengist fíkniefnanotkun, s.s. lifrabólgu (hepatitis), geðrænum

vandamálum eða annað? Já Nei

Ef já, hvaða? _____

4. Hvernig er neyslu þinni háttað í dag? _____

5. Er um einhverja eftirmeðferð að ræða (AA-fundi eða annað)? Já Nei

Ef já útskýrðu nánar _____

6. 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