

Viðbótarupplýsingar vegna lungnasjúkdóma barns

Vinsamlegast svarið hverri spurningu sjálfstætt. Fyllist út af umsækjanda

I. Viðbótarspurningar

Nafn barns _____ Kennitala _____

1. Vinsamlega tilgreindu sjúkdómsgreininguna sem barnið hefur fengið og hvenær hún var gerð

2. Hvaða einkenni hefur barnið? Vinsamlega lýstu þeim t.d. mæði, hósti, slímmyndun og/eða öndunarerfiðleikar?

a) Hve oft hefur barnið þessi einkenni? _____

b) Koma þessi einkenni í kjölfarið á einhverju sérstöku, t.d. ofnæmi, stressi og/eða kvefeinkennum? Já Nei

Ef já, lýstu einkennunum _____

c) Vekja þessi einkenni barnið upp á næturna? Já Nei

d) Hvenær komu þessi einkenni síðast fram? _____

3. Hefur barnið verið innlagt á sjúkrahús vegna öndunarfæraeinkenna? Já Nei

Ef já, vinsamlega tilgreinið hvenær það var, hve lengi, nafn á sjúkrahúsi og þeim lækni sem annaðist barnið

4. Hefur barnið verið frá skóla/leikskóla vegna sjúkdómsins? Já Nei

Ef já, hvenær síðast og hversu lengi? _____

5. a) Notar barnið reglulega lyf vegna sjúkdómsins? Já Nei

Ef já, tilgreinið lyf og skammtastærðir _____

b) Hefur barnið áður notað lyf vegna sjúkdómsins? Já Nei

Ef já, tilgreinið lyf og skammtastærðir _____

c) Hefur barnið þurft að hætta í íþróttum/tómstundum vegna sjúkdómsins? Já Nei

Ef já, útskýrið nánar _____

d) Hefur barnið gengist undir sterameðferð (t.d. Prednison/Prednisolon/Pulmicort)? Já Nei

Ef já, tilgreinið hvenær síðast og hve lengi _____

6. a) Hefur barnið verið lagt inn á sjúkrahús eða farið í rannsókn vegna sjúkdómsins? Já Nei

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

b) Eru gerðar mælingar á lungnastarfsemi heima fyrir (Peak-flow mæling)? Já Nei

Ef já, hvenær fór síðasta mæling fram og hverjar urðu niðurstöðurnar? _____

c) Hefur barnið farið í röntgenrannsókn vegna lungnanna? Já Nei

Ef já, tilgreinið hvenær, hvar og niðurstöðurnar _____

7. Er barnið í reglulegu eftirliti vegna sjúkdómsins? Já Nei

Ef já, hjá hverjum og hversu oft? _____

8. Hefur verið sótt um og/eða fengið bætur vegna sjúkdómsins? Já Nei

Ef já, skýrið nánar _____

9. Hefur þú einhverju við að bæta? _____

II. Eigin yfirlýsing og undirskrift

Ég staðfesti hér með að barnið hefur ekki verið veikt eða í læknisrannsókn, að barnið hefur ekki orðið fyrir óhappi eða slysi og að það hafa ekki orðið neinar aðrar breytingar á heilsufari þess 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 barnið hafa stundað og leysi ég þá frá þagnarheitinu að því leyti.

Staður og dagsetning

Undirskrift forráðamanns

Vinsamlegast skráið upphafsstafi á síðu 1