

I. Grunnupplýsingar

Nafn barns _____ Kennitala _____

I. Sóttkví

1. Telur þú ástæðu til að ætla að barnið hafi verið útsett fyrir smiti vegna kórónuveiru (Covid-19)? Já Nei

Ef nei, hefur barnið þurft að sæta sóttkví að beiðni almannavarna eða heilbrigðisyfirvalda? Já Nei

Ef já, vinsamlega tilgreindu tímabil sem barnið var í sóttkví, frá og til _____

II. Staðfest smit

2. Hefur barnið verið greint með Covid-19 veirusýkingu? Já Nei

Ef nei, hefur barnið verið með influensu einkenni síðustu 4 vikur s.s. hósta, hita yfir 38°C, hálsæringi? Já Nei

Ef já, vinsamlega svarið eftirfarandi

Hvenær greindist barnið? _____

Hvenær var barnið síðast með einkenni? _____

3. Hefur barnið verið lagt inn á sjúkrahús, eða farið í rannsókn vegna einkenna? Já Nei

Ef já vinsamlega tilgreinið tímabil sjúkrahúsvistar _____

4. Er barnið undir eftirliti læknis vegna veirusýkingar í dag? Ef já, hjá hverjum? _____

5. Hefur barnið náð fullum bata? Já Nei

Ef nei, vinsamlega skýrið nánar _____

6. Annað sem þu vilt að komi fram _____

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