

# Viðbótarupplýsingar vegna bakveikinda

Feb 2009

Umsækjandi \_\_\_\_\_

Kennitala \_\_\_\_\_

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

1. a) Hefur þú nú eða áður haft verk eða óþægindi í eða út frá hnakka eða baki?  Já  Nei  
Ef já, hversu oft, hvenær fyrst og hvenær síðast?

- 
- b) Hvers konar óþægindi? 1) Vöðvaspenna/preyta í i) hnakka?  Já  Nei  
ii) baki, fyrir ofan mitti?  Já  Nei  
iii) baki, fyrir neðan mitti?  Já  Nei  
2) Tak eða ríg í i) hnakka?  Já  Nei  
ii) baki, fyrir ofan mitti?  Já  Nei  
iii) baki, fyrir neðan mitti?  Já  Nei  
3) Verki sem leiða út í i) handleggi?  Já  Nei  
ii) fætur (þjótak/settaugartak, verkjaleiðni niður í fætur vegna ertingar settaugar, venjulega í mjóbaki)  Já  Nei  
4) Brjós-klos í i) hnakka?  Já  Nei  
ii) baki, fyrir ofan mitti?  Já  Nei  
iii) baki, fyrir neðan mitti?  Já  Nei  
5) Önnur óþægindi?  Já  Nei  
Ef já, hvaða \_\_\_\_\_

2. Hefur þú fundið fyrir óþægindum (krossa má við á fleiri en einum stað)
- a) á síðustu 12 mánuðum?  Já  Nei  
b) á síðustu 1-3 árum?  Já  Nei  
c) á síðustu 4-7 árum?  Já  Nei  
d) fyrir meira en 8 árum?  Já  Nei

Ef svar við einhverjum lið a) - d) er já, hversu oft og hvenær síðast?

Undirskrift \_\_\_\_\_

3. a) Hefur þú nokkurn tíma þurft að taka veikindafrí eða verið óvinnufær vegna óþæginda út frá hnakka eða hálsi?  Já  Nei  
Ef já, hve oft, hve lengi og hvenær síðast?
- 
- 

b) Hefur þú óþægindi af verkjunum í hnakka/baki við daglegar athafnir?  Já  Nei

c) Hefur þú skipt um atvinnu vegna sjúkdómsins/óþægindanna?  Já  Nei  
Ef já, hvenær og í hverju fólst breytingin?

---

---

d) Í hverju felst vinna þín?

---

---

e) Hefurðu þurft að hætta einhverju, t.d. iðkun áhugamála eða tómstundarstarfa vegna óþægindanna?  Já  Nei  
Ef já, hvaða?

---

---

4. 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.
- 
- 

5. a) Hefur þú verið lagður/lögð inn, farið í rannsókn vegna óþægindanna hjá lækni, sérfræðingi, hnykkjara, sjúkráþjálfara eða öðrum meðferðaraðila?  Já  Nei  
Ef já, tilgreinið nöfn og heimilisföng lækna/grasalækna, sjúkrahúsa/einkastofa eða þeim sem hafa meðhöndlað þig. Getið einnig til um hvenær meðferð fór fram (mánuð/ár).
- 
- 

b) Hafa verið teknar röntgenmyndir vegna óþægindanna?  Já  Nei  
Ef já, hverjar voru niðurstöðurnar?

---

---

Undirskrift \_\_\_\_\_

c) Hefur þú gengist undir aðgerð eða er fyrirhuguð aðgerð vegna óþægindanna?  Já  Nei  
Ef já, hvers konar aðgerð, hvenær og var aðgerð árangursrik?

---

---

---

6. Ert þú nú, eða hefur verið á einhverjum bótum vegna óþægindanna?  Já  Nei  
Ef já, hvaðan og á hvaða tímabili.

---

---

7. Hefur þú einhverju við að bæta?  Já  Nei

---

---

---

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 minu síðan að ég síðast undirritaði váttryggingarumsókn til OKKAR líftrygginga hf.

Ég lýsi því einnig yfir að ofangreindar upplýsingar eru réttar, og þær, ásamt eldri tryggingarbeiðni og váttryggingarskilmálum OKKAR 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 umsækjanda

Vinsamlegast undirritið einnig síðu 1 og 2