

Viðbótarupplýsingar vegna gigtar

Feb 2009

Umsækjandi _____

Kennitala _____

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

1. Hvers konar gigt hefur þú, t.d. liðagigt, vefjagigt o.s.frv ?

2. Hvenær greindist þessi sjúkdómur hjá þér ?

3. Hefur þú farið í röntgen rannsókn eða aðrar rannsóknir vegna þessa ? Já Nei
Ef já, vinsamlegast tilgreinið nánar hvernig rannsókn, dagsetningu hennar og niðurstöðu.

4. Varðandi einkenni / ástand þitt:

a) Vinsamlegast lýstu einkennum þínum:

b) Hvenær komu fyrstu einkennum sjúkdómsins fram?

c) Hvenær fannst þú síðast fyrir einkennum?

d) Hversu oft finnur þú fyrir einkennum sjúkdómsins, t.d. hversu oft síðastliðna 12 mánuði:

e) Hvaða liðamót eða líkamshluta hefur sjúkómurinn áhrif á ?

Undirskrift _____

f) Hamlar sjúkdómurinn þér á einhvern hátt ?

Já Nei

Ef já, vinsamlegast tilgreinið hvernig:

g) Notar þú göngustaf eða einhver önnur hjálpartæki ?

Já Nei

Ef já, vinsamlegast útskýrið nánar:

5. Hefur þú gengist undir skurðaðgerð vegna þessa eða eru einhverjar fyrirhugaðar ? Já Nei

Ef já, var aðgerð árangursrík? Vinsamlegast tilgreinið dagsetningar og aðrar upplýsingar, s.s. nöfn sjúkrahúss og lækna:

6. Vinsamlegast tilgreinið hvernig meðferð þú ert á, þar meðtalin nöfn lyfja, skammtastærðir og hversu oft, auk upplýsinga um sprautumeðferðir ef einhverjar eru:

a) Núverandi

b) Áður

c) Hefur þú einhverntíman hlotið sterameðferð, t.d. Betnesol, Lederspan, Prednisolon ?

Já Nei

Ef já, vinsamlegast tilgreindu hvenær fyrst, hversu oft og hve lengi.

Undirskrift _____

7. Um eftirlit:

a) Hver hefur umsjón með eftirliti vegna sjúkdómsins ?

b) Hversu oft ferð þú í eftirlit ?

c) Hvenær varst þú síðast í eftirliti ?

8. Hefur þú misst mikinn tíma úr vinnu (t.d. vikur) vegna sjúkdómsins ? Já Nei

Ef já, vinsamlegast tilgreinið dagsetningar og hversu lengi verið var frá vinnu:

9. Vinsamlegast tilgreinið ef einhverjar frekari upplýsingar eru sem gætu hjálpað til við mat umsóknar:

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 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