

Viðbótarupplýsingar vegna kvensjúkdóma

Feb 2009

Umsækjandi _____

Kennitala _____

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

Frumubreytingar

1. Hafa greinst hjá þér frumubreytingar í leghálsi? Já Nei
Ef já, hvenær?

2. Hefur þú legið á sjúkrahúsi vegna frumubreytinganna? Já Nei
Ef já, hvaða meðferð fékkst þú og hvaða lækna stunduðu þig?

3. Hafa sýni úr leghálsi verið eðlileg eftir frumubreytingarnar? Já Nei
Ef já, hversu mörg og hvenær voru þau tekin?

4. Hvenær var síðast tekið sýni frá leghálsi?

Legnám

1. Hefur leg þitt verið fjarlægt? Já Nei
Ef já, hvenær og hver var ástæðan?

2. Fékkstu einhverja aðra meðferð í tengslum við legnámið? Já Nei
Ef já, hvaða meðferð?

Undirskrift _____

3. Ertu í lækni-seftirliti vegna legnámsins? Já Nei
Ef já, hversu oft ferð þú í eftirlit? Nafn læknis og aðsetur:

Aðrir kvensjúkdómar

1. Hefur þú haft aðra kvensjúkdóma en þá sem tilgreindir hafa verið? Já Nei
Ef já, útskýrið.

2. Hefur þú farið í aðgerðir eða verið undir lækni-seftirliti vegna þeirra? Já Nei
Ef já, útskýrið.

Eigin yfirlýsing og undirskrift

Ég staðfesti hér með að ég hef ekki verið veik/ur eða í lækni-rannsókn, 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