

# Viðbótarupplýsingar vegna kvíða, depurðar, þunglyndis eða annarra geðsjúkdóma

Feb 2009

Umsækjandi \_\_\_\_\_

Kennitala \_\_\_\_\_

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

1. a) Hefur þú nú eða áður haft sálræn vandamál og/eða geðsjúkdóm, þar með talið þunglyndi?

Já  Nei

Ef já, hve oft? \_\_\_\_\_

Hvenær fyrst? \_\_\_\_\_

Hvenær síðast? \_\_\_\_\_

Hve lengi? \_\_\_\_\_

- b) Lýstu sjúkdómseinkennum með þínum eigin orðum.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. a) Hvenær leitaðir þú fyrst lækni vegna þessa?

\_\_\_\_\_

- b) Hefur þú fengið nákvæma greiningu?

Já  Nei

Ef já, tilgreindu nánar.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- c) Hversu oft hefur þú fundið fyrir einkennum síðan?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. a) Hefur þú nokkurn tímann verið óvinnufær vegna sjúkdómsins?

Já  Nei

Ef já, hversu oft, hvenær síðast og hve lengi?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- b) Veldur sjúkdómurinn þér vandræðum í vinnu eða hefur þú skipt um vinnu vegna einkennanna?

Ef já, skýrið nánar.

Já  Nei

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Undirskrift \_\_\_\_\_

c) Á hve mörgum vinnustöðum hefur þú unnið síðastliðin 5 ár?

---

d) Ert þú gift/ur eða í sambúð?

Já  Nei

4. a) Hefur þú verið til meðferðar á göngudeild eða farið til geðlæknis?  
Ef já, tilgreinið nánar t.d. hvar, hvenær og hvers konar meðferð.
- 

Já  Nei

b) Hefur þú verið lagður/lögð inn vegna einkennanna?

Já  Nei

Ef já, tilgreinið nánar, t.d. hvar, hvenær, rannsóknir og meðferðir.

---

5. a) Notarðu lyf vegna sjúkdómsins?

Já  Nei

Ef já, tilgreinið hvaða lyf, skammtastærðir og tímabil notkunar.

---

b) Hefur þú áður notað lyf vegna einkennanna?

Já  Nei

Ef já, tilgreinið hvenær, hvaða lyf og skammtastærðir.

---

c) Ferð þú í eftirlit vegna einkennanna?

Já  Nei

Ef já, tilgreindu hvar, hjá hverjum og hvenær næsta eftirlit er fyrirhugað.

---

6. a) Voru einkennin orsökuð af einhverjum ákveðnum aðstæðum/þáttum ?

Já  Nei

Ef já, tilgreindu nánar.

---

b) Hefur þú nokkurn tíma reynt sjálfsvíg

Já  Nei

Ef já, hvenær?

---

Undirskrift \_\_\_\_\_

7. Finnur þú enn fyrir sjúkdómnum?  Já  Nei  
Ef já, skýrðu nánar.

---

---

8. Hefur þú sótt um og/eða fengið bætur vegna sjúkdómsins ?  Já  Nei  
Ef já, hvar og á hvaða tímabili?

---

---

9. 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 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