

Viðbótarupplýsingar vegna líkamsþyngdar

Feb 2009

Umsækjandi

Kennitala

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

- a) Hver er hæð þín? _____ cm.
b) Hver er þyngd þín? _____ kg.
- Hefurðu lést eða þyngst um meira en 5 kíló á síðasta 24 mánaða tímabili? Já Nei
Ef já, útskýrið nánar. Hvenær, hversu mörg kíló, og af hverju?

- a) Hefur þú þurft á lækni meðferð að halda vegna ofþyngdar? Ef já, útskýrið nánar. Hvenær og hvaða meðferð? Já Nei

b) Hefur þú þurft á lækni meðferð að halda vegna þess að þú hafir verið of létt/léttur? Ef já, útskýrið nánar. Hvenær og hvaða meðferð? Já Nei

- Hefur þú verið á sérstöku mataræði? Já Nei
Ef já, útskýrið nánar. Hvernig mataræði og hvenær síðast.

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 minu síðan 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 líftryggingu 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 sjúkrahúsið og læknum sem mig hafa stundað og leysi ég þá frá þangarheitinu að því leyti.

Staður og dagsetning

Undirskrift umsækjanda

Ofangreindar þyngdarbreytingar eru staðfestar af:

Nafn: _____

Aðsetur: _____

Staður og dagsetning

Undirskrift