

Viðbótarupplýsingar vegna sjúkdóma í maga og/eða þörmum

Feb 2009

Umsækjandi _____

Kennitala _____

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

1. a) Hefur þú nú eða áður haft einkenni frá/sjúkdóma í maga? Já Nei
b) Hefur þú nú eða áður haft einkenni frá/sjúkdóm í þörmum? Já Nei
Ef svar við a) eða b) er já, skýrið nánar (hversu oft, hvenær fyrst og hvenær síðast).

2. Hefur þú fengið nákvæma greiningu? Já Nei
Ef já, tilgreinið hvaða greiningu, hver framkvæmdi greininguna og hvenær.

3. Hefur þú haft:
- a) Blóðug uppköst? Já Nei
b) Blóð í hægðum? Já Nei
c) Niðurgang? Já Nei
d) Þyngdartap? Já Nei

Ef svar við einhverri/ein hverjum ofangreindra spurninga er já, tilgreinið þá hvenær, hve lengi og hve mikið eftir því sem við á.

4. Hversu oft, að meðaltali á dag hefur þú haft hægðir síðustu 14 daga? _____
5. a) Hefur þú nokkurn tíma verið frá vinnu vegna sjúkdómsins? Já Nei
Ef já, hvenær síðast og hversu lengi?

Undirskrift _____

b) Verður þú fyrir óþægindum í vinnu þinni vegna sjúkdómsins? Já Nei
Ef já, skýrið nánar.

c) Hefur þú skipt um starf eða minnkað við þig vinnu vegna sjúkdómsins? Já Nei
Ef já, hvenær?

d) Í hverju felst vinna þín?

6. Hefurðu verið lagður/lögð inn á sjúkrahús eða farið í rannsókn vegna sjúkdómsins? Já Nei
Nöfn og heimilisföng lækna/grasalækna, sjúkrahúsa/einkastofa eða þeim sem hafa meðhöndlað þig. Getið einnig til um hvenær meðferð fór fram (mánuð/ár).

7. Hefur nokkurn tíma verið framkvæmd:

a) Magaspeglun? Já Nei

b) Ristilspeglun (athugun á ristli)? Já Nei

c) Ristil- /endaþarmsspeglun? Já Nei

d) Röntgenrannsókn á maga eða þörmum? Já Nei

e) Aðgerð á maga/þörmum? Já Nei

f) Blóðgjöf? Já Nei

Ef svar við einhverri af ofangreindum spurningum er já, tilgreinið hvar, hvenær og niðurstöður eftir því sem við á.

8. a) Notarðu reglulega lyf vegna sjúkdómsins? Já Nei
Ef já, tilgreinið hvaða lyf og skammtastærðir.

b) Hefur þú áður notað lyf vegna sjúkdómsins/einkennanna? Já Nei
Ef já, tilgreinið heiti, skammtastærðir, hvenær meðferð hófst og hvenær henni lauk.

Undirskrift _____

c) Ferðu reglulega í eftirlit vegna sjúkdómsins? Já Nei
Ef já, tilgreinið hvar og hvenær síðast.

d) Finnur þú enn fyrir sjúkdómnum? Já Nei
Ef já, útskýrið nánar.

9. a) Reykir þú? Já Nei
Ef já, síðan hvenær og hve mikið?

b) Hefur þú áður reykt? Já Nei
Ef já, á hvaða tímabili og hve mikið?

10. Hefur þú sótt um og/eða fengið bætur vegna sjúkdómsins? Já Nei
Ef já, skýrið nánar.

11. 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