

# Viðbótarupplýsingar vegna mígrenis, höfuðverkja eða svima

Feb 2009

Umsækjandi \_\_\_\_\_

Kennitala \_\_\_\_\_

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

1. Þjáist þú, eða hefur þú þjáðst af höfuðverkjum?  Já  Nei  
Ef já, hversu oft, hve lengi, hvenær fyrst og hvenær síðast?

---

---

2. Hverjar eru orsakir höfuðverkjanna og heiti (t.d. mígreni, vöðvabólga, eftirstöðvar höfuðáverka)?

---

---

3. Þjáist þú af eða hefur þú þjáðst af:
- |              |                             |                              |
|--------------|-----------------------------|------------------------------|
| a) svima     | <input type="checkbox"/> Já | <input type="checkbox"/> Nei |
| b) yfirliðum | <input type="checkbox"/> Já | <input type="checkbox"/> Nei |
| c) krömpum   | <input type="checkbox"/> Já | <input type="checkbox"/> Nei |
- Ef já, vinsamlegast útskýrið þá nánar:

---

---

4. a) Hefur þú misst úr vinnu vegna einkennanna?  Já  Nei  
Ef já, hvenær síðast og hversu lengi?

---

---

- b) Verður þú fyrir óþægindum í vinnu vegna einkenna þinna?  Já  Nei  
Ef já, hvernig?

---

---

- c) Hefur þú skipt um starf eða minnkað við þig vinnu vegna sjúkdómsins?  Já  Nei  
Í hverju felst vinna þín?

---

---

5. a) Notar þú að staðaldri lyf vegna einkennanna?  Já  Nei  
Ef já, vinsamlegast nefnið hvaða lyf og skammtastærðir?

---

---

Undirskrift \_\_\_\_\_

b) Hefur þú áður notað lyf vegna einkennanna?

Já  Nei

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

---

---

c) Hefur þú lyf til að taka ef á þarf að halda vegna einkennanna?

Já  Nei

Ef já, tilgreindu lyf og venjulegar skammtastærðir:

---

---

6. Hefur þú farið í rannsóknir vegna þessa?

Já  Nei

Ef já, vinsamlegast tilgreinið nánar hvaða rannsóknir, dagsetningu þeirra og niðurstöður:

---

---

7. Finnur þú enn fyrir einkennum?

Já  Nei

Ef já, skýrðu nánar:

---

---

8. Hefur þú sótt um eða fengið bætur vegna einkennanna?

Já  Nei

Ef já, hvenær og frá hverjum:

---

---

9. Hefur þú einhverju við að bæta?

Já  Nei

Ef já, vinsamlegast skýrðu nánar?

---

---

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 svíksamlegan hátt, eða leynt atriðum, sem skipt gætu félagið máli, er váttryggingarsamningurinn ógildur frá upphafi og greidd lögjöld 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