

Viðbótarupplýsingar vegna sykursýki

Feb 2009

Umsækjandi _____

Kennitala _____

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

1. Ert þú með, eða hefur þú haft sykursýki? Já Nei
Ef já, hvenær greindist hún?

2. Ert þú í meðferð vegna sykursýki? Já Nei
Ef já, síðan hvenær (mánuður/ár), hvaða meðferð (töflur eða insúlín), vinsamlegast tilgreinið skammtastærðir.

3. Ert þú undir eftirliti hjá:
- a) Heimilislækni? Já Nei
- b) Sérfræðingi? Já Nei
- c) Sjúkrahúsi? Já Nei

Nöfn og heimilisföng: _____

Síðasta eftirlit: _____

Næsta eftirlit: _____

4. Hefur meðferðinni verið breytt sl. 3 ár? Já Nei
Ef já, hvaða breytingar hafa verið gerðar?

5. Hversu oft inniheldur þvag þitt sykur (veldu a, b eða c) ?

a) Sjaldan?

b) Af og til?

c) Oft?

Undirskrift _____

6. a) Hefur þú haft of háan blóðþrýsting? Já Nei
Ef já, hvenær og hvernig var hann meðhöndlaður?

- b) Hefur þú haft dofa eða óþægindi vegna sjúkdómsins (í höndum og fótum)? Já Nei
Ef já, skýrið nánar.

- c) Hve oft hefur þú haft einkenni lágs blóðsykurs?

C1) Væg óþægindi (í sambandi við insúlín)? _____

C2) Mikil óþægindi (insúlín/innlögn á spítala)? _____

7. Hefur þú verið frá vinnu vegna sykursýkinnar eða fylgikvilla? Já Nei
Ef já, vinsamlegast útskýrið nánar.

8. Hefur þú einhver önnur einkenni, vandamál eða upplýsingar sem ekki hafa komið fram hér að
framan? 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