

Háþrýstingur

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

I. Viðbótarspurningar

Vátryggður _____ Kennitala _____

1. a) Hvenær mældist blóðþrýstingur fyrst of hár? _____

b) Hvernig og hvers vegna uppgötvaðist of hár blóðþrýstingur? _____

c) Hverjar voru blóðþrýstingstölur þegar blóðþrýstingur mældist fyrst of hár? _____

2. a) Hefur þú farið í einhverjar rannsóknir vegna háþrýstings (t.d. myndatöku, hjartalínurit eða blóðprufu)? Já Nei

Ef já, vinsamlegast tilgreindu hvar, hvenær, hvaða rannsóknir og hverjar voru niðurstöður _____

b) Hafa einhverjir fjölskyldumeðlimir (foreldrar/systkini) haft of háan blóðþrýsting? Já Nei

Ef já, tilgreindu hverjir og aldur við greiningu _____

3. a) Ert þú nú í meðferð við háþrýstingi? Já Nei

Ef já, tilgreindu hvaða meðferð, heiti lyfja og skammtastærðir _____

b) Hvernig er eftirliti með blóðþrýstingi þínum háttað? _____

4. Hefur þú áður tekið lyf við háþrýstingi? Já Nei

Ef já, tilgreindu á hvaða tímabili, hvaða lyf og skammtastærðir _____

5. Hvenær var blóðþrýstingur síðast mældur? Dags. _____ Niðurstöður _____

6. Hefur þú nokkurn tíma fengið óeðlilegar niðurstöður úr blóð- eða þvagrannsóknnum? Já Nei

Ef já, skýrðu nánar _____

7. a) Reykir þú? Já Nei

Ef já, síðan hvenær og hversu mikið á dag? _____

b) Hefur þú áður reyktt? Já Nei

Ef já, á hvaða tímabili og hversu mikið á dag? _____

8. Hefur þú verið óvinnufær vegna háþrýstings? Já Nei

Ef já, á hvaða tímabili? _____

9. Hefur þú einhverju við að bæta? _____

II. 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 Varðar líftrygginga hf.

Ég lýsi því einnig yfir að ofangreindar upplýsingar eru réttar og þær ásamt eldri tryggingarbeiðni og váttryggingarskilmálum Varðar 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

Vinsamlegast skráið upphafsstafi á síðu 1