

Berklar

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

I. Viðbótarspurningar

Vátryggður _____ Kennitala _____

1. Hefur þú nú eða áður fengið berkla? Já Nei

Ef já, hvenær fyrst? _____

2. Hvaða líffæri urðu fyrir áhrifum sjúkdómsins? _____

3. Hvaða meðferð hefur þú fengið /færð þú _____

a. Hvenær hófst hún? _____

b. Hvaða lyf tekur þú / hefur þú tekið _____

c. Hefur þú farið í skurðaðgerð? Já Nei

d. Ef meðferð er lokið, tilgreindu hvenær henni lauk _____

4. Hefur þú náð fullum bata Já Nei

a. Hvenær var bata náð? _____

b. Ert þú fullkomlega vinnufær? Já Nei

c. Ef enn eru einkenni til staðar þá tilgreindu nánar hver þau eru? _____

5. Ert þú enn í eftirliti? Já Nei

Ef já, tilgreindu nafn lækni/sjúkrastofnunar/aðsetur _____

6. Annað _____

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 vátryggingarumsókn til Varðar líftrygginga hf.

Ég lýsi því einnig yfir að ofangreindar upplýsingar eru réttar og þær ásamt eldri tryggingarbeiðni og vátryggingarskilmálum Varðar líftrygginga hf. skulu vera grundvöllur vátryggingarsamnings 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 vátryggingarsamningurinn 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