

Fæðingarblettir, hnúðar, æxli

Vinsamlegast svarið hverri spurningu sjálfstætt. Fyllist út af umsækjanda

I. Viðbótarspurningar

Vátryggður _____ Kennitala _____

1. Hefur uppgötvast hjá þér einhvers konar breyting á húð, fyrirferð eða æxli? Já Nei

Ef já, vinsamlegast tilgreindu nákvæmlega hvenær og staðsetningu _____

2. Hefur þú farið í aðgerð til að láta fjarlægja blett, fyrirferð eða æxli? Já Nei

Ef já, vinsamlegast tilgreindu:

a) dagsetningu (mánuð/ár) _____

b) lækni (heimilislækni/sérfræðing) _____

c) stað (sjúkrahús, læknastofa) _____

d) aðgerð (staðdeyfing, skurðaáðgerð, frysting o.þ.h.) _____

e) tímabil óvinnufærni (vikur/mán.) _____

3. Hefur þú gengist undir meðferð í kjölfar aðgerðar til að fjarlægja blett, fyrirferð eða æxli? Já Nei

Ef já, tilgreindu nánar (t.d. lyf, geislameðferð o.s.frv.) _____

4. Hefur þú fengið nákvæma greiningu? Já Nei

Ef já, vinsamlegast tilgreindu læknisfræðilegt heiti (ef vitað) _____

5. Hefur þú farið í eftirlit eftir aðgerð? Já Nei

Ef já, tilgreindu hversu lengi í eftirliti, hversu oft og niðurstöður _____

6. Ert þú í einhverju eftirliti eða á einhverri meðferð? Já Nei

Ef já, vinsamlegast tilgreindu hvernig meðferð, hversu oft í eftirlit, hvenær síðast og hvenær næsta eftirlit er fyrirhugað

7. 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 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