

Nafn:

Kennitala:

FLOGAVEIKI

1. Hefur þú nú/áður fengið flog? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, hvenær fyrst?

2. Hvaða greiningu hefur þú fengið?

3. Hversu oft færð þú flog og hversu lengi varir það?

4. Koma flogin fram við ákveðnar ástæður eða á ákveðnum tíma?

5. Hvenær fékkst þú síðast flog?

6. Tekur þú nú eða hefur þú tekið lyf við flogaveiki? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, útskýrðu nánar, s.s. tegund og skammtastærðir nú og áður:

7. Hefur þú nú /áður fengið einhverskonar meðferð? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, útskýrðu nánar:

8. Til hvaða lækis /sjúkrahúsnar hefur þú leitað til vegna þessa?

9. Eru einhverjir fylgikvillar sjúkdómsins eða lyfjameðferðar? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, útskýrðu nánar:

10. Stundar þú fulla vinnu? ☐ Nei ☐ Já

Ef nei, í hvaða hlutfalli:

11. Annað

Eigin yfirlýsing og undirskrift

Ég undirrituð/aður lýsi því yfir að ofangreindar upplýsingar eru réttar og nákvæmar og þær, ásamt váttryggingarbeiðni og skilmálum Sjóvá eru grundvöllur váttryggingarsamnings milli mín og félagsins. Ég samþykki að ráðgjafalæknir félagsins megí leita upplýsinga hjá þeim sjúkrahúsum og læknum sem mig hafa stundað.

Ég staðfesti einnig að heilsufar mitt er óbreytt frá undirritun umsóknar.

Undirskrift umsækjanda

Dagsetning