



NOVIS
Life
Protector

HEILSUFARSYFIRLÝSINGAR
HEALTH QUESTIONNAIRE

VÁTRYGGÐUR / INSURED PERSON

Nafn: _____ Kennitala: _____
Name Social Security Number

Vátryggingaráðgjafi: _____ Nafn á söluumboði:
Agent Name Name of the Sub-broker

Vinsamlega fyllið inn rétt, sönn og tæmandi svör við öllum spurningum hér að neðan. Röng upplýsingagjöf getur leitt til skerðingar eða höfnunar vátryggingabóta eða riftunar vátryggingarsamnings.

Please fill in the correct, true and complete answers to all of the questions below. Otherwise, in the future it may cause the reduction or a rejection of the insurance benefit or the revocation of the insurance policy.

EINFÖLD YFIRLÝSING UM HEILSUFAR / SIMPLIFIED MEDICAL EXAMINATION

Einföld yfirlýsing um heilsufar er fullnægjandi ef eftirfarandi skilyrði eiga við: vátryggingar fjárhæð líftryggingar er ekki yfir EUR 20.000, aldur vátryggðs við vátryggingartöku er ekki hærri en 64 ára og engin önnur vátryggingarvernd er innifalin í umbeðinni vátryggingu.

Simplified medical examination is available in case following conditions are met: Maximum sum insured for death insurance EUR 20.000, maximum age at entry is 64 years, no additional insured risks.

Getur þú með réttu undirritað neðangreinda yfirlýsingu?

Ég lýsi því hér með yfir að ég er að fullu vinnufær og fæ ekki eða hef ekki sótt um að fá bætur vegna skerðingar á vinnufærni eða færni til að afla launa, vegna starfsörorku, læknisfræðilegrar örorku eða langtíma læknismeðferðar.

Að auki staðfesti ég að ég hef ekki legið á sjúkrahúsi til læknismeðferðar á síðustu fimm árum og hef ekki fengið meðferð eða tekið lyf lengur en þrjár vikur í senn vegna sama sjúkdóms, læknisfræðilegra einkenna eða heilsufarslegs vandamáls.

Ég lýsi því yfir að eftirfarandi sjúkdómar eru ekki og hafa ekki verið greindir hjá mér: Illkynja æxlissjúkdómar, sjúkdómar í taugakerfi, geðsjúkdómar, HIV sýking, hjartaáfall eða heilablæðing.

Röng yfirlýsing getur valdið skerðingu eða missi bótaréttar.

Já / Yes Nei / No

Dagsetning
Date

Can you truthfully make the following declarations?

I hereby declare that I am fully able to work and have not applied for any benefits because of reduction in earning capacity, occupational disability or invalidity or long-term care.

In addition I confirm that I was not in inpatient treatment in the last five years and that I did not have treatment or that I was not on medication longer than three weeks uninterrupted because of the same diseases, appeals and health problems.

I declare that following disease did not occur or do not occur: Malignant tumor disease, disease of the nervous system, mental diseases, HIV infection, heart attack or stroke.

If the insured does not truthfully declare the requested information, he might lose his insurance benefits partially or in whole.

Undirritun vátryggðs
Signature of the insured person

Ef yfirlýsingunni var svarað neitandi er nauðsynlegt að fylla út fulla heilsufarsyfirlýsingu hér að neðan.
If the declarations was answered „No“ a complete answering of the medical questions is required.

HEILSUFARSYFIRLÝSINGAR / HEALTH QUESTIONS

Núverandi starf
Current Occupation

Ertu foreldri Já / Yes Nei / No
Are you a mother or a father?

Reykirðu Já / Yes Nei / No
Do you smoke? Fjöldi sígarettna eða vindla á dag? (Ég hef ekki reykt síðustu 12 mánuði)
Number of cigarettes/cigars per day? (I have not smoked in the last 12 months)

Ég stunda eftirfarandi íþóttir Áhugaþróttir
I do the following sports Leisure Sports

Atvinnuþróttir að hluta Atvinnuþróttir
Semi professional sports Professional sports

- | | | Já/
Yes | Nei/
No |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Ert þú með einhverja líf-, slysa- eða heilsutryggingu hjá öðru tryggingarfélagi? Ef já, vinsamlega greinið frá tegund tryggingar og gildissviði samningsins ásamt nafni tryggingafélagsins. | 1. Do you have any contract for life, accident or health insurance in other insurance company? If yes, please specify the type and scope of the contract as well as the name of the company. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Hefur eitthvert tryggingarfélag hafnað, frestað eða samþykkt umsókn frá þér um líf-, slysa- eða heilsutryggingu með álagi á síðustu fimm árum? Hefur einhver hluti tryggingarinnar verið undanskilinn? Ef já, vinsamlega tilgreinið tegund og gildissvið samningsins sem og nafn félagsins og ástæðu. | 2. Have any insurance company declined, postponed or accepted with a risk loading your application for life, accident or health insurance in the last five years? Did you have any exclusion of some part of the insurance? If yes, please specify the type, scope of contract as well as the name of the company and reason. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Er einhver sérstök áhætta fylgjandi atvinnu þinni eða áhugamálum (t.d. hættuleg og eldfim efni, hættulegar íþróttir svo sem fallhlífastökk, svífdrekaflug, einkaflug, vélsvífdrekaflug, dýfingar, fjallamennska, bardagalistir, akstursíþróttir o.s.frv.)? Æfir þú einhverjar aðrar íþróttagreinar reglulega? Ef já, vinsamlega tilgreinið nánar (ef nauðsyn krefur þarf að svara viðeigandi viðbótarspurningum). | 3. Are you exposed at work or in your spare time to any special risks (e.g., dangerous and flammable substances, hazardous sports such as parachuting, paragliding, private motor airplane or glider flying, diving, mountain sports, martial arts, motorsports etc.)? Do you practice other sports disciplines regularly? Are you planning on a longer stay in countries out of Europe for more than 6 months? If yes, please specify (if necessary additional questionnaire will be provided). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Hefur þú farið í einhverjar skurðaðgerðir eða undirgengist einhverja meðferð, þar sem þú hefur þarfnast sjúkrahúslegu á síðustu 5 árum? Hefur verið áætlað að þú gangist undir skurðaðgerð eða leggist á sjúkrahús? Ef já, tilgreinið hvenær og hvers vegna. | 4. Did you have any surgeries, were you hospitalized or treated during the last 5 years? Are any surgeries, hospitalization or treatment planned or recommended? If yes, please specify when and for what reason. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Þjáist þú af langvinnum sjúkdómi eða líkamlegri/andlegri örorku, fæðingargalla, afleiðingum skurðaðgerða, sýkinga eða áverka? Ef já, tilgreinið nánar síðan hvenær, hvaða meðferð og hvaða kvilla er um að ræða. | 5. Are you suffering of chronic illness or physical / mental disability, birth defects, results of surgery, infections or injury? If yes, please specify from when, the treatment and complications. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Tekur þú einhver lyf reglulega eða hefur þú tekið lyf til langframa á síðustu fimm árum vegna heilsuvanda, verkja, veikinda eða áverka? Í þessu samhengi á „til langframa“ við tímabil sem er lengra en tvær vikur. Ef já, tilgreinið nafn, skammtastærð og tímallengd lyfjatöku. | 6. Did you take medication regularly or for a longer period during the last five years because of health problems, pain, illness or injury? In this content „longer“ means a period of more than two weeks. If yes, provide the name, dosage and the length of taking the medication. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

	Já/ Yes	Nei/ No
7. Hefur þér verið ráðlagt að gangast undir, eða hefur þú gengist undir meðferð vegna áfengisneyslu, eiturlyfjaneyslu eða vegna einhverrar annarrar fíknar (t.d. fjárhættuspil eða annað)? Ef já, tilgreinið hvenær, hve lengi og ástæðu og tegund fíknar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Færð þú eða hefur þú fengið örorkulífeyrisgreiðslu eða hefur þú sótt um slíkar greiðslur? Ef já, tilgreinið ástæðu og tímalengd.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Hefur þú verið óvinnufær í meira en 21 dag á síðustu 5 árum eða ertu í raun óvinnufær? Ef já, tilgreinið hvenær, hve lengi og af hvaða ástæðu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Veikindi og sjúkdómar sem eru teknir fram innan sviga eru ekki tæmandi og eru aðeins teknir sem dæmi um hugsanlega sjúkdóma í viðkomandi líffæri. Ertu núna eða hefur þú einhverntíma legið á sjúkrahúsi vegna eftirfarandi sjúkdóma, heilsufarsvanda eða hefur þú einkenni sjúkdóma í?		
a) Hjarta, æðakerfi eða blóðrás (t.d. háan eða óreglulegan blóðþrýsting, óreglulegan hjartslátt, hraðslátt, hjarta óhljóð, kransæðasjúkdóma, brjóstverk, hjartadrep, hjartakveisu, æðahnúta, kransæðastíflu o.s.frv.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Taugakerfi og andlega sjúkdóma (t.d. almennan höfðuverk, migreni, svima, flogakvilla, flogaveiki, heila- og mænisigg, lómun, Parkinsons, Alzheimer sjúkdóm, geðraskanir, kvíða, þunglyndi, átraskanir o.s.frv.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Blóð, eitlakerfi og milta t.d. blóðleysi, blóðstorkunarröskun, dreyrasýki, hvítblæði, breytingar í blóði, sýkingu í milta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Öndunarfæri (t.d. mæði, blóðtappi, astmi, berklar, heymæði, langvinn berkjubólga).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Augu og eyru (t.d. óskýr sjón, sjónskerðing vegna starblindu, blinda, eyrnasúð, heyrnartap, heyrnarleysi o.s.frv.). Ef þú notar gleraugu eða linsur, vinsamlega tilgreindu styrkleika glerjanna fyrir hvort auga fyrir sig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Stoðkerfi (t.d. sjúkdómar í hrygg, brjóskslos, liðamót, vöðvar, sínar og liðbönd, gigt, stytting á fæti, útlímanissir. Einhverskonar bæklun sem takmarkar venjulega hreyfingu og þarfnast stöðugrar notkunar hjálpartækja (t.d. hjólastóll, hækjur, stoðtæki, spening á hrygg o.s.frv.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Magasár, magabólga eða annað; þarmasjúkdómar - t.d. Chron's sjúkdómur, sáraristilbólga, magasár og annað.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Nýru og þvag- og kynfæraakerfi sem og blöðruhálskirtill (t.d. bólga, steinar, blöðrur, blöðruhálskirtilssjúkdómur o.s.frv.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Kvensjúkdómar eða sjúkdómar í brjóstum (t.d. blöðrur, bandvefsæxli, kirtlæxli, separ, frumubreytingar, óreglulegar blæðingar, frjósemismæðferð, keisaraskurður, áhættuþungun, utanlegsfóstur, o.s.frv.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j) Húð (t.d. exem, kláði, roði, ofnæmi o.s.frv.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k) Lifur, eitlar eða efnaskipti (t.d. sykursýki, há blóðfita, há lifrarendím, þvagsýrugigt, skjaldkirtill eða aðrir sjúkdómar í innkirtlakerfi) eða gigtarsjúkdómar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l) Ónæmiskerfi, langvinnir smitsjúkdómar eða veirusjúkdómar (t.d. arfgengur ónæmissjúkdómur, lifrabólga, hitabeltissjúkdómar, sótthiti af ókunnum orsökum o.s.frv.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Hefur þú haft eða hefur þú núna æxlissjúkdóm eða annan krabbameinssjúkdóm (t.d. góðkynja eða illkynja, blöðru, vöðvaæxli, o.s.frv.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Hefur þú eða ert þú núna að gangast undir skimun vegna HIV/AIDS? Ef já, tilgreindu, hvenær og niðurstöðu rannsóknar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Hefur þú gengist undir geislalækningar, lyfjameðferð, eða fengið óeðlilegar niðurstöður úr sértækum rannsóknum (t.d. sneiðmynd, segulólmun, röntgen, ómun, hjartalínuriti, heilalínuriti, blóðþrýstingsmælingu, gildi á rannsóknarstofu o.s.frv.)? Ef já, vinsamlega tilgreinið nánar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Have you been suggested a treatment or were you treated due to alcohol, drugs or other addiction (e.g., gambling and others)? If yes, please specify when, how long, the reason and type of addiction.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Do you or did you receive annuity due to disability or invalidity or did you apply for such annuity? If yes, please specify the reason and the length.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Have you been unable to work for more than 21 days in the last 5 years or are you currently unable to work? If yes, please specify from when, for how long and the reason.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Illnesses and diseases listed in parentheses are not final and serve as examples of possible diseases of specific organs. Are you or have you ever been treated or hospitalized in the last 5 years due to any of the following diseases, health disorders or do you have symptoms of these diseases?		
a) Heart, vascular system and blood circulation (e.g., high or fluctuating blood pressure, heart rhythm disorders, palpitation, heart murmur, coronary heart disease, chest pain, myocardial infraction, angia pectoris, varicose veins, thrombosis etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Nervous system and mental disorders (e.g., common headache, migraine, vertigo, seizure disorders, epilepsy, multiple sclerosis, paralysis, Parkinson's, Alzheimer's, psychiatric disorders, anxiety, depression, psychosis, eating disorders etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Blood, lymphatic system and spleen (e.g., anemia, blood coagulation disorders, hemophilia, leukemia, changes in the blood, spleen disease etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Respiratory system (e.g., dyspnea, embolism, asthma, tuberculosis, hay fever, chronic bronchitis etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Eye and ear (e.g., blurred vision, vision impairment, cataracts, blindness, tinnitus, hearing loss, deafness etc.). If you wear glasses or contact lenses, please provide the diopter of lenses for each eye separately.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Musculoskeletal system (e.g., spinal disorders, spinal discs, joints, muscles, tendons and ligaments, arthrosis, shortening of the leg, the absence of the limbs. Orthopedic defects limiting normal movements and requiring continuous use of orthopedic appliances (e.g., wheelchair, crutches, orthosis, spinal fixator etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Gastrointestinal tract; esophagus - e.g., reflux disease, varicose veins and other; stomach - e.g., peptic ulcer disease, gastritis and other; bowel disease - e.g., Chron's disease, ulcerative colitis, ulcer disease and other.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Kidney, genitourinary system and prostate (e.g., inflammation, stones, cysts, prostate disease etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Gynecological disorders or breast disease (e.g., cysts, fibroids, adenomas, polyps, dysplasia, menstrual disorders, infertility treatment, caesarean section, risk pregnancy, ectopic pregnancy etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j) Skin (e.g., eczema, itching, redness, allergy etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k) Liver, glands or metabolism (e.g., diabetes, higher values of cholesterol, higher values of liver enzymes, gout, thyroid gland or other diseases of endocrine glands) or rheumatoid illnesses.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l) Immune system, chronic infections or viral diseases (e.g., inherited immunity disorder, hepatitis, tropical diseases, fever of unknown cause, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Do you have or did you have oncological diseases or other cancer diseases (e.g., benign and malignant, cysts, myomas etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Have you been or are you undergoing a HIV/AIDS screening? If yes, please indicate since when, the results or treatment.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Have you undergone radiotherapy, chemotherapy, or you were found abnormal results of specialized tests (e.g., CT, MRI, X-ray, ultrasound, EKG, EEG, measuring blood pressure, laboratory values etc.)? If yes, please provide details.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nánari upplýsingar varðandi heilsufarsupplýsingar sem svarað hefur verið JÁTANDI:
For detailed information on health questions answered with YES:

Tegund sjúkdóms eða kvilla, þróun hans Type of disease, complaint, change	Hvenær/hve lengi? When/how long?	Nafn og heimilisfang læknis / sjúkrahafnarar Name and address of the physician / hospital
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

Ég staðfesti með undirritun minni að allar veittar upplýsingar í þessari umsókn um váttryggingarsamning, með ofangreindu samningsnúmeri, eru sannar og tæmandi.

I confirm with my signature that all the data in this health questionnaire to the proposal for the conclusion of an insurance contract with the above number is true and complete.

Staður og dagsetning
Place, Date

Undirritun váttryggðs
Signature of the insured person

Undirritun váttryggingartaka
Signature of the policyholder

Leiðbeiningar til útfyllingar á umsókn

Instructions for filling out the form

Kæri viðskiptavinur

Áður en þú fyllir út þessa váttryggingaumsókn, lestu vinsamlega neðangreindar "spurningar og svör" sem eru spurningar viðskiptavina. Þegar þú fyllir út umsóknina, þá ertu e.t.v. spurður um "nánari upplýsingar". Þegar við spyrjum "nánari upplýsingar" þá meinum við að svarað sé þá í smáatriðum. Við spyrjum þig spurninga svo að við getum veitt þér rétta váttryggingavernd og forðast óvissu í tjónsuppgjöri. Það er mjög mikilvægt að þú svarir öllum spurningum í umsókninni, en við getum ekki klárað afgreiðslu umsóknar ef einhver svör vantar við spurningum.

Þegar við spyrjum um starf þitt – hvað meinum við?

Tilgreining á starfi er mikilvæg fyrir okkur því sum störf eru áhættusöm eða fela í sér einhverjar áhættur, Sum áhættusamari störf eru: Atvinnubílstjóri – við þurfum að vita hvaða farmur er borin og hvers konar ökutækjum er ekið, hve stór ökutækin eru – og hvort þau séu þungavinnutæki. Hvort að farmur sé sérlega hættulegur/eldfímur, eða hvort farmur teljist ekki hættulegur? Námumenn eða byggingamenn með vinnupalla – við þurfum að vita venjulega dýpt vinnustaðar eða venjulega hæð vinnu. Dýpt og hæð felur í sér meiri líkur á slysi svo við viljum fá upplýsingar um dæmigerða dýpt/hæð sem unnið er við (undir eða yfir 6 metra). Iðnaðarmenn eða iðnverkamenn – vinsamlega veitið upplýsingar um nánara eðli starfs og iðnaðartæki ef þau eru notuð við vinnu.

Þegar við spyrjum um íþróttaiðkun – hvað viljum við vita? Hvaða íþrótt það er og hve mikið stunduð?

Við tilgreinum 3 flokka íþróttar og þú metur sjálfur hvaða flokki þín íþrótt tilheyrir. Tómstundaíþróttir (Leisure sports): er einföld ástundun íþróttar sem stunduð er til ánægju og tómstunda í því skyni að líða betur, styrkja heilsu og slökun. Keppnisíþróttir (semi-professional): þú ert skráður í íþróttafélag, ástundar skipulagða keppni og þiggur fjárhagslega hagsmuni fyrir, en er ekki full atvinna. Atvinnuþróttir (professional): þú ert skráður í íþróttafélag, ástundar skipulagða keppni, þiggur laun fyrir og er full atvinna.

Áhættuþróttir: í heilsufarsyfirlýsingu eru spurningar um áhættusamar íþróttir sem þú kannt að stunda og við þurfum nánari upplýsingar ef eitthvað af eftirtöldum athöfnum eru hluti af þinni líkamsáreynslu eða tómstundum: fallhlífarstökk, svifdrekaflug, einkaflug, svifflug, köfun, fjallamennska/klifur, bardagaíþróttir, akstursíþróttir, flúðasiglingar, hellakönnun, brimbrettasiglingar, ísklifur, göngur á jöklum, o.s.frv.

Spurningar um heilsufar

Spurning 10 er með margar undirspurningar og þú þarft að svara þeim öllum. Ef þú svarar jákvætt einhverri slíkri undirspurningu, þarftu að tilgreina tegund og gerð sjúkdóms, hve lengi hann hefur verið til staðar og gefa upp tengiupplýsingar við lækinn þinn.

Spurning 10.i. fjallar um heilbrigði móðurlífs en einnig um heilbrigði brjóstá. Þótt almennt sé ekki vitað þá geta karlmenn líka fengið brjóstakrabbamein, þannig að bæði kyn þurfa að svara spurningunni.

Ef ég er ólétt, hverju svara ég?

Við þurfum bara að fá frekari upplýsingar um hvort meðganga sé, eða hafi verið greind sem áhættumeðganga. Ef meðganga er eðlileg þá þurfum við ekki frekari upplýsingar.

Dear Client,

Before you begin to fill this form, please read the following Q&A, as they are very commonly asked by our clients. Please, provide as much detail as possible when answering a question. We ask of you these questions so that we can provide you with correct cover and avoid uncertainty in case of claims management. It is very important that you answer all the questions, as we cannot process an application that has questions with missing answers.

When we ask about your job – what do we mean?

Occupation specification is important, as some jobs are dangerous or carry potential risks. Some highly risky jobs are these: Drivers – we need to know what kind of load you transport, what type of vehicle you drive, how big it is – is it heavy duty vehicles? Is the load hazardous/flammable matter or is it non-hazardous transport? Miners or scaffold workers – we need to know the usual depth of workplace or usual height of work. Certain depths/heights have higher risk of accident, so we would like you to specify, at what height do you usually work (under 6 meters, or over). Construction workers – please provide us with the description of your job and the machine tools, if used during work.

When we ask about sports activities – what do we want to know? What kind of sport is it, and how often do you practice it?

We offer you 3 different categories of sport activities, and you can self-asses which category you fall under. Leisure sports: simple sport activity that you do for fun or hobby to help you feel better, healthier and relaxed. Semi-professional: you are registered in a sport club, you participate in competitions, you receive financial reward, but it is not your full time occupation. Professional: you are registered in a sport club, you participate in competitions and, you receive financial reward and it is your full time occupation.

Hazardous sports: in the medical part of the questionnaire, referring to the question on hazardous sports, we need information, if these following sports are a part of your regular physical activity or hobby: parachuting, paragliding, private motor-airplane or glider flying, diving, mountain sports, martial arts, motorsports, rafting, cave diving, surfing, ice climbing, glacier hiking, etc.

Health questions

Question 10 has many sub-questions and we need you to answer all of them. If your answer is "YES" to any sub-question, we need you to provide us with information of disease type, how long you had it and contact details of your doctor.

Question 10 point i) states gynaecological and breast tissue problems. You may not be aware, but males may also suffer from breast disease, therefore we would like to ask male clients to answer this question as well.

I am pregnant, what should I mention?

We only need to know further details of your pregnancy, if it is or was diagnosed as risk pregnancy or ectopic pregnancy. If you are a healthy mom, we do not need any details.