

Veselības anketa (H1)

Apdrošinātās personas vārds, uzvārds

Personas kods

 -

Dzimšanas datums

Pilsonība

 Latvijas Cita (valsts)

Dzimums

 Vīrietis Sieviete

Nodarbošanās/ amats

Tālruna numurs

E-pasts

Apdrošinājuma ņēmēja vārds, uzvārds (vai uzņēmuma nosaukums)

Saistībā ar Jūsu apdrošināšanu, riska izvērtēšanas nolūkos, lūdzam sniegt atbildes uz sekojošiem jautājumiem.

Ja Jūs šajā anketā apstiprināt kādu no jautājumiem, tad, lūdzu, aizpildiet Veselības anketu A2. Ja ir izvēlēta tikai nelaimes gadījumu apdrošināšana un uz kādu jautājumu atbildējat "jā", tad, lūdzu, precizējiet to sadaļā "Papildinformācija" un neaizpildiet Veselības anketu A2.

Lūdzam rūpīgi iepazīties ar jautājumiem, jo gadījumā, ja tiek sniegta nepatiesa vai nepilnīga informācija, kas ir saistīta ar apdrošināšanas gadījumu, tad apdrošinātājam ir tiesības samazināt vai neizmaksāt apdrošināšanas atlīdzību. Lūdzam ņemt vērā, ka apdrošinātājs var lūgt iesniegt papildu informāciju, kas nepieciešama apdrošināšanas riska izvērtēšanai.

Lūdzu, atbildiet uz jautājumiem:

Nr. 1 – 7, ja ir izvēlēta dzīvības riska, kritisko saslimšanu vai nelaimes gadījumu apdrošināšana;

Nr. 1 – 7 un Nr. 9, ja ir izvēlēta pilnīgas un neatgriezeniskas invaliditātes apdrošināšana;

Nr. 8, ja ir izvēlēta vēža apdrošināšana.

1. Vai pēdējos 12 mēnešos esat bijis/-usi darbspējīgs/-a (neesat bijis/-usi spējīgs/-a strādāt/mācīties) ilgāk par 4 nedēļām? Jā Nē

2. Šobrīd un/vai pēdējo 5 gadu laikā: Jā Nē

- ir/ ir bijušas slimības vai sūdzības, piemēram, paaugstināts asinsspiediens, sirds un asinssvadu slimības, insults, cukura diabēts, onkoloģiskās, garīgās vai citas slimības (izņemot saaukstēšanos), traumas, kaulu lūzumi, kas atstājuši komplikācijas un/vai sekas uz veselību;
- ir veikti izmeklējumi vai saņemtas konsultācijas saistībā ar slimību, ārstēšana un/vai veikta operācija ārstniecības iestādē;
- pašlaik saņemat ārstēšanu, Jums ir rekomendētas, nozīmētas vai tiek veiktas diagnostiskās pārbaudes (t.sk. regulāras/īkgadējās slimību, infekciju vai audzēju pārbaudes), plānota operācija vai ārstēšanās slimnīcā;
- Jums ir regulāri jālieto medikamenti (piemēram, asinsspiedienu pazeminoši, sirds, aknu, vairogdziedzera, cukura diabēta, onkoloģisko, garīgo slimību u.c. medikamenti)?

3. Vai Jūsu darbs ir saistīts ar risku veselībai vai dzīvībai, piemēram, darbs ar sprāgstvielām, radioaktīvām vai toksiskām vielām; darbs gāzes vai naftas rūpniecībā, darbs militārajā dienestā un citāda veida formējumos, drošības dienestā, aviācijā; darbs ar šaujameroci; darbs augstumā virs 15 m; darbs ar celtniecības tehniku, pārvietošanas tehniku; vai esat jūrnieks, ūdenslīdētājs, ugunsdzēsētājs? Jā Nē

4. Vai nodarbojaties ar ekstrēmām sporta veidiem, piem., aviācija, auto-moto sports, cīņas sports, BMX/ Downhill u.c. riteņbraukšanas veidi, skrituļslidošana uz rampām, niršana dziļumā vairāk par 40 metriem, jāšana, burāšana, alpīnisms, speleoloģija, planierisms un lidošana ar motorizētiem/nemotorizētiem lidaparātiem, kaitbords, izpletņlēcšana, lēcšana ar gumiju, slēpošana un snobords šim nolūkam nepiemērotās vietās vai izmantojot paraplānu/helikopterus u.c. Jā, profesionāli Jā, hobija līmenī Nē

5. Vai profesionāli nodarbojaties ar jebkāda veida sportu: gatavojaties/piedalāties nacionālās vai starptautiskās sacensībās, ko organizē attiecīgā sporta veida federācija vai savienība, spēlējat individuāli un/vai piedalāties komandas sastāvā, kas tiek sponsorēta un/vai saņem atlīdzību par sporta aktivitātēm? Jā Nē

6. Vai Jums ir bijusi noteikta invaliditātes grupa? Jā Nē

7. Kāds ir Jūsu augums un svars? Augums, cm Svars, kg

Veselības anketa (H1)

8. Vai Jums ir/ir bijis diagnosticēts: Jā
 Nē
- jebkura veida ļaundabīgs audzējs, labdabīgs audzējs, leukēmija, limfoma;
 - asiņojošas, sāpīgas, izmainītas krāsas vai izmēra dzimumzīmes vai citi ādas veidojumi;
 - audu veidojumi, kurus ārsts speciālists man rekomendē periodiski (reizi gadā, pusgadā vai biežāk) uzraudzīt un veikt pārbaudes, t.sk. valsts apmaksāto profilaktiskās agrīnās vēža diagnostikas programmu laikā fiksētās izmaiņas;
 - aizdomas par audzēju, par kuru jau ir nozīmēta un/vai tiek veikta izmeklēšana;
 - pozitīvs HIV/AIDS;
 - resnās zarnas polipoze, iekaisīga zarnu slimība (Krona slimība vai čūlainais kolīts), policistiska nieru slimība, azbestoze, mezglainā struma, paraneoplastiskais sindroms;
 - jebkura veida hepatīts (izņemot A hepatītu) vai aknu ciroze.

9. Vai apdrošinājuma summa Pilnīgai un neatgriezeniskai invaliditātei ir lielāka nekā Jūsu pašreizējie 4 gadu ienākumi pirms nodokļu nomaksas? Jā
 Nē

Papildinformācija (aizpildiet, ja Jums ir papildu komentāri)

Ar savu parakstu apstiprinu, ka šajā iesniegumā sniegtā informācija ir patiesa un pilnīga un apliecinu, ka esmu informēts/-a, ka ERGO Life Insurance SE, kuras vārdā Latvijā rīkojas ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāle (turpmāk tekstā – Apdrošinātājs), veiks personas datu apstrādi saskaņā ar Privātuma politiku, kas ir pieejama tīmekļa vietnē www.ergo.lv, sadaļā Privātuma politika, kā arī esmu iepazinies/-usies ar minēto politiku.

Es piekrītu, ka Apdrošinātājs apstrādās manus veselības datus, tajā skaitā Apdrošinātājs var pārbaudīt, izvērtēt, pieprasīt un saņemt manus veselības datus no ārstniecības personām, ārstniecības iestādēm un citām iestādēm un personām, iepazīties ar maniem veselības datiem, medicīnisko dokumentāciju, nodot manus veselības datus pārproģinātājam, lai veiktu riska izvērtēšanu, pārbaudītu apdrošināšanas līguma saistību izpildes nepieciešamo informāciju un izpildītu apdrošināšanas un pārproģināšanas līguma saistības.

Piekrītu*

- *Esmu informēts/-a, ka gadījumā, ja nepiekrītu minētajai personas datu apstrādei, Apdrošinātājs, iespējams, nevarēs nodrošināt izvēlēto apdrošināšanas pakalpojuma sniegšanu.

Dokumenta aizpildīšanas datums

Apdrošinātā persona
(ja persona ir nepilngadīga - viens no vecākiem vai aizbildņiem)
vārds, uzvārds

Paraksts