

Veselības anketa (A2)

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

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.

Ja atbildei kādā lauciņā nepietiek vietas, lūdzu izmantotiet atsevišķu lapu, norādot jautājuma numuru, bet veselības deklarācijā norādiet par pielikumu. Personiskos datus, kurus Jūs nevēlaties izpaust apdrošinātāja izplatītāja pārstāvim, Jūs varat iesniegt tieši mums rakstiskā veidā 5 darba dienu laikā pēc pieteikuma aizpildīšanas. Par to norādiet šajā deklarācijā.

Lūdzu, ņemiet vērā, ka Apdrošinātājs var pieprasīt papildu informāciju, kas nepieciešama apdrošināšanas riska izvērtēšanai.

1. 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

Lūdzu, sīkāk aprakstiet iespējamus riskus.

2. Vai nodarbojaties ar ekstrēmiem 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, izpletņlēkšana, lēkšana ar gumiju, slēpošana un snovbords šim nolūkam nepiemērotās vietās vai izmantojot paraplānu/helikopterus u.c.

 Jā, profesionāli Jā, hobija līmenī Nē

Kāds sporta veids?

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

 Jā Nē

Kāds sporta veids?

4. Jūsu augums un svars?

Augums, cm

Svars, kg

5. Vai Jums ir vai ir bijušas slimības vai sūdzības?

- 5.1. Elpošanas orgānu slimības: piem., bronhiālā astma, hronisks bronhīts, hroniska obstruktīva plaušu slimība, pneimonija, angīnas, bieži sinusīti vai citas slimības?

 Jā Nē

Kāda ir diagnoze? Kad diagnosticēta? Kurā ārstniecības iestādē?

- 5.2. Sirds un asinsvadu sistēmas slimības, piem., paaugstināts asinsspiediens, miokarda infarkts, koronāra sirds slimība, sirds ritma traucējumi, reimatisms, sirds mazspēja, sirdskaites, insults, galvas smadzeņu asinsrites traucējumi, asinsvadu anomālijas, varikozo vēnu iekaisumi vai citas slimības?

 Jā Nē

Kāda ir diagnoze? Kad diagnosticēta? Kurā ārstniecības iestādē?

Veselības anketa (A2)

5.3. Gremošanas sistēmas slimības, piem., kuņģa vai divpadsmitpirkstu zarnas, aknu, žultspūšļa, aizkuņģa dziedzera un citas slimības? Jā Nē

Kāda ir diagnoze? Kad diagnosticēta? Kurā ārstniecības iestādē?

5.4. Nieru, urīnceļu, dzimumorgānu slimības, piem., nieru, urīnpūšļa iekaisumi, nierakmeņi, prostatas un citas slimības? Jā Nē

Kāda ir diagnoze? Kad diagnosticēta? Kurā ārstniecības iestādē?

5.5. Vai ir izmaiņas urīna analizēs, piem., asinis, olbaltumvielas, glikoze, leikocīti? Jā Nē

Kādas?

5.6. Tikai sievietēm:

5.6.1. Ginekoloģiskās vai krūts slimības? Jā Nē

Kāda ir diagnoze? Kad diagnosticēta? Kurā ārstniecības iestādē?

5.6.2. Vai pašreiz ir grūtniecība? Jā Nē

Lūdzu, pievienojiet mātes pases kopiju.

5.7. Vielmaiņas slimības, piem., cukura diabēts, paaugstināts holesterīna līmenis, vairogdziedzera slimības, podagra un citas slimības? Jā Nē

Kāda ir diagnoze? Kad diagnosticēta? Kurā ārstniecības iestādē?

5.8. Asins slimības, piem., anēmija, leukēmija, asins recēšanas traucējumi, citas asins slimības? Jā Nē

Kāda ir diagnoze? Kad diagnosticēta? Kurā ārstniecības iestādē?

5.9. Kaulu un muskuļu sistēmas slimības, saistaudu slimības, piem., kaulu, locītavu, skriemeļu, starpskriemeļu disku, muskuļu slimības, ankilozējošais spondilīts, reimatoīdais artrīts, sistēmas sarkanā vilkēde, polimiozīts, osteoporoze un citas slimības? Jā Nē

Kāda ir diagnoze? Kad diagnosticēta? Kurā ārstniecības iestādē?

5.10. Galvas un mugurkaula smadzeņu, nervu sistēmas vai psihiski traucējumi, piem., epilepsija, paralīze, krampji, miopātija, muskulārā distrofija, neiropātija, reiboņi, biežas galvassāpes, samaņas zudumi, Parkinsona slimība, multiplā skleroze, encefalīts, encefalopātija, neuroze, depresija, trauksme, šizofrēnija? Jā Nē

Kāda ir diagnoze? Kad diagnosticēta? Kurā ārstniecības iestādē?

5.11. Vai ir bijuši pašnāvības mēģinājumi? Jā, vienu reizi Jā, vairāk kā vienu reizi Nē

5.12. Vai ir vai ir bijis audzējs (labdabīgs/ļaundabīgs)? Jā Nē

Kāds audzējs? Kad diagnosticēts? Kurā ārstniecības iestādē?

5.13. Acu slimības, piem., tīklenes patoloģija, katarakta, glaukoma, keratokonuss, acs nerva iekaisums un citas slimības? Jā Nē

Kāda ir diagnoze? Kad diagnosticēta? Kurā ārstniecības iestādē?

Veselības anketa (A2)

5.14. Vai Jums ir redzes izmaiņas (tuvredzība/tālrredzība)? Ja ir, lūdzu, norādiet dioptriju skaitu.

 Jā

Labā acs

Kreisā acs

 Nē

5.15. Ausu slimības, dzirdes zudums?

 Jā

Kāda ir diagnoze? Kad diagnosticēta? Kurā ārstniecības iestādē?

 Nē

5.16. Alerģiskas slimības, piem., siena drudzis, ādas izsitumi (nātrene), anafilaktiskais šoks vai ādas slimības, piem., psoriāze, sklerodermija, ihtioze, asiņojošas, sāpīgas, izmainītas krāsas vai izmēra dzimumzīmes vai citi ādas veidojumi?

 Jā

 Nē

Kāda ir diagnoze? Kad diagnosticēta? Kurā ārstniecības iestādē?

5.17. Infekciju slimības, piem., tuberkuloze, poliomiēlīts, vīrusa hepatīts, seksuāli transmisīvas slimības, sepse, tropu, sēnīšu vai parazītu, vai citas slimības?

 Jā

 Nē

Kāda ir diagnoze? Kad diagnosticēta? Kurā ārstniecības iestādē?

5.18. Vai ir konstatēta HIV infekcija (pozitīvs HIV tests)?

 Jā

Kad diagnosticēta? Kurā ārstniecības iestādē?

 Nē

5.19. Vai ir pārciesti nelaimes gadījumi, ievainojumi, saindēšanās? Vai ir bijušas sekas pēc nelaimes gadījuma, ievainojuma, saindēšanās?

 Jā

 Nē

Kādi?

5.20. Ārstēšana:

5.20.1. Vai ir paredzama operācija vai ārstēšanās slimnīcā?

 Jā

Kādas slimības dēļ? Kad?

 Nē

5.20.2. Vai pēdējo 10 gadu laikā esat konsultēts, ārstējies slimnīcā, Jums ir veikta operācija?

 Jā

Kāda iemesla dēļ? Kad?

 Nē

5.20.3. Vai šobrīd tiek veikti kādi diagnostiskie testi/izmeklējumi, tiek ārstēti, uzraudzīti kādas slimības dēļ?

 Jā

 Nē

Kādi? Kādas slimības dēļ?

5.20.4. Vai regulāri lietojat medikamentus, piem., miega, nomierinošos, pretsāpju, cukuru, asinsspiedienu pazeminošus vai citus?

 Jā

 Nē

Kādi medikamenti? Kad? Saistībā ar kādu saslimšanu?

5.20.5. Vai esat saņēmis ārstēšanu onkoloģiskas saslimšanas dēļ?

 Jā

Kad? Kādu?

 Nē

5.20.6. Vai pēdējos 5 gados esat izmeklēts, konsultēts, ārstēts t.sk. profilaktiski?

 Jā

Vai tika konstatētas kādas izmaiņas vai slimība? Kādas? Kad?

 Nē

Veselības anketa (A2)

5.21. Kaitīgie ieradumi:

5.21.1. Vai Jūs lietojat alkoholu?

Jā

Kādu? Cik daudz nedēļā?

Nē

5.21.2. Vai Jūs smēķējat (ieskaitot e-cigaretes, karsējamo tabaku)?

Jā

Cik daudz cigaretes dienā?

Nē

5.21.3. Vai esat lietojis vai lietojat narkotiskas vielas, apreibinošas vielas?

Jā

Kādas?

Nē

5.22. Vai Jums ir vai ir bijusi darba nespēja ilgāk par 6 nedēļām, piešķirta invaliditātes grupa?

Jā

Lūdzam iesniegt valsts komisijas lēmumu par invaliditātes piešķiršanu.

Nē

Kāda iemesla dēļ? Kad?

6. Kurš ārsts ir vislabāk informēts par Jūsu veselības stāvokli (vārds, uzvārds, ārstniecības iestādes nosaukums)?

Papildinformācija (aizpildiet, ja Jums ir papildu komentāri)

Ar savu parakstu apstiprinu, ka 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 pārpadrošinātājam, lai veiktu riska izvērtēšanu, pārbaudītu apdrošināšanas līguma saistību izpildes nepieciešamo informāciju un izpildītu apdrošināšanas un pārpadrošināšanas līguma saistības.

Piekrītu*

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

Datums

Apdrošinātās personas vārds, uzvārds

Paraksts