

Į klausimus prašome atsakyti išsamiai. Prašome užbraukti atitinkamą langelį.

Draudžiamo asmens (vaiko iki 14 m.) anketa

NV

Vardas _____ Pavardė _____

Gimimo data _____ Asmens kodas

Adresas _____

Draudėjas _____ Draudimo liudijimo Nr. _____

Ryšys su draudėju _____

Jeigu atsakymui į klausimą nepakanka vietos, prašome naudoti atskirą lapą, kaip priedą prie šios anketos. Jei Jūs nenorite pateikti asmeninių duomenų tarpininkui, galite mums tai pranešti raštu per 3 dienas nuo šios anketos užpildymo dienos. Apie tai nurodykite šioje anketoje.			
1. Ar draudžiamas asmuo dalyvauja bet kurios sporto šakos užsiėmimuose, treniruotėse, varžybose ?	Ne <input type="checkbox"/>	Taip <input type="checkbox"/>	Prašome patikslinti apie tai
2. Ar draudžiamas asmuo yra arba buvo apdraustas?	Ne <input type="checkbox"/>	Taip <input type="checkbox"/>	Jeigu taip, tai kokioje draudimo bendrovėje ir kokiai sumai?
3. Ar yra arba buvo diagnozuoti susirgimai, sveikatos sutrikimai, negalavimai?	Ne <input type="checkbox"/>	Taip <input type="checkbox"/>	Koks susirgimas? Kada sirgo? Kiek kartų? Kada paskutinį kartą?
			Gydančio gydytojo pavardė, gydymo įstaiga
4. Ar buvo nelaimingų atsitikimų, sužalojimų?	Ne <input type="checkbox"/>	Taip <input type="checkbox"/>	Jeigu taip, tai kokių ir kada?
5. Ar po susirgimų arba sužeidimų yra komplikacijų?	Ne <input type="checkbox"/>	Taip <input type="checkbox"/>	Jeigu taip, tai kokių?
6. Ar nustatytas neįgalumas?	Ne <input type="checkbox"/>	Taip <input type="checkbox"/>	Prašome nurodyti neįgalumo priežastį.

Aš, žemiau pasirašęs(-iusi), suteikiu teisę ERGO Life Insurance SE patikrinti ir įvertinti pateiktus duomenis apie draudžiamo asmens sveikatos būklę ir tuo tikslu apklausti gydytojus, gydymo bei slaugos įstaigas, kuriose jis (ji) buvo ar bus gydomas(-a) ar slaugomas(-a), ligonių kasas; taip pat kitus draudikus, gauti iš juridinių ir fizinių, tame tarpe ir iš sveikatos priežiūros įstaigų, visą informaciją apie jo (jos) gydymą, sveikatos būklę, diagnozę, prognozes ir gydymą, taip pat visą kitą asmeninio pobūdžio informaciją apie jį (ją) kaip pacientą (ę), apklausti visus asmenis, ką nors žinančius apie draudžiamąjį įvykio priežastis, aplinkybes ir pasekmes. Šiuos veiksmus aš suteikiu teisę ERGO Life Insurance SE atlikti iki draudimo sutarties pabaigos, o esant pranešimui apie draudžiamąjį įvykį – iki jo tyrimo pabaigos.

Data

Draudėjas

Draudžiamo asmens ir/arba draudžiamo asmens tėvų arba globėjo (rūpintojo) vardas, pavardė, parašas