

Į klausimus prašome atsakyti išsamiai. Prašome užbraukti atitinkamą langelį.

## Apdraustojo (draudžiamo asmens) anketa

A

Vardas \_\_\_\_\_ Pavardė \_\_\_\_\_

Gimimo data/vieta \_\_\_\_\_ Asmens kodas 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Asmens dokumentas, Nr. \_\_\_\_\_ Apdraustojo ryšys su draudėju \_\_\_\_\_

Pilietybė \_\_\_\_\_ Darbovietė, pareigos \_\_\_\_\_

Adresas \_\_\_\_\_ Telefonas \_\_\_\_\_

Draudėjas \_\_\_\_\_ Draudimo liudijimo Nr. \_\_\_\_\_  Grupės draudimas

Jeigu atsakymui į klausimą nepakanka vietos, prašome naudoti atskirą lapą, kaip priedą prie šios anketoje. Jei Jūs nenorite pateikti asmeninių duomenų tarpininkui, galite mums tai pranešti raštu per 3 dienas nuo šios anketoje užpildymo dienos. Apie tai nurodykite šioje anketoje.

<b>1. Ar Jūsų darbe yra pavojus sveikatai ar gyvybei</b> (pvz.: sprogstamosios arba radioaktyviosios medžiagos, nuodai, chemikalai, paskirtas tarnybinis ginklas, darbas aukštyje ar kt.)?	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	Prašome patikslinti apie tai
<b>2. Ar laisvalaikiu užsiimate</b> alpinizmu, kalnų sportu, aviasportu, parašiutizmu, sklandymu, motosportu, autosportu, buriavimu, kovinėmis sporto šakomis, nardymu ar kt. ?	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	
<b>3. Ar dalyvaujate bet kurios sporto šakos užsiėmimuose, treniruotėse, varžybose ?</b>	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	
<b>4. Ar numatote vykti į užsienį ilgesniam nei 3 mėnesių laikotarpiui?</b> Koks kelionės tikslas (dirbti, mokytis ar kt.)? Jeigu numatote dirbti, nurodykite kur, kokį darbą?	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	Kur, kuriam laikui?
<b>5. Ar Jūs jau esate arba buvote apsidraudęs, arba užpildęs prašymą gyvybės draudimui?</b> a) Jeigu taip, tai kokioje draudimo bendrovėje ir kokiai sumai? b) Ar šiems draudimams buvo padidintos rizikos faktorių? Kokių?	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	
<b>6. Koks Jūsų ūgis ir svoris?</b> Ūgis _____ cm, svoris _____ kg		
<b>7. Ar šiuo metu jaučiatės visiškai sveikas (-a)?</b>	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	
<b>8. Ar sirgote, šiuo metu sergate?</b>		Koks susirgimas? Kada?
1. Kvėpavimo organų ligomis, pvz.: bronchine astma, bronchitu, plaučių uždegimu, pleuritu, gerklų ligomis, dažnu sinusitu ar kitomis ligomis?	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	
2. Širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, pvz.: padidėjusiu kraujospūdžiu, miokardo infarktu, išemine širdies liga, vainikinių širdies kraujagyslių ateroskleroze, širdies ritmo sutrikimu, širdies reumatu, širdies nepakankamumu, širdies yda, insultu, galvos smegenų kraujotakos sutrikimu, kraujagyslių anomalijomis, venų uždegimais ar kitomis ligomis?	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	
3. Virškinimo sistemos ligomis, pvz.: opalige, skrandžio, kepenų, tulžies pūslės, kasos, žarnyno ar kitomis ligomis?	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	
4.1. Inkstų, šlapimo takų, lyties organų ligomis, pvz.: inkstų uždegimu, nepakankamumu, akmenlige, šlapimo pūslės, prostatos uždegimu ar kitomis ligomis?	1. <input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	
4.2. Ar buvo pakitimų šlapime, pvz.: kraujo, baltymo, cukraus, leukocitų?	2. <input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	
5.1. Tik moterims: ginekologinėmis ar krūtų ligomis?	1. <input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	
5.2. Ar Jūs laukiatės kūdikio?	2. <input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	
5.3. Ar nėštumo eiga yra normali?	3. <input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	
Numatoma gimdymo data: _____		
6. Medžiagų apykaitos ligomis, pvz.: cukriniu diabetu, nustatytas cholesterolio perteklius, skydliaukės veiklos sutrikimu, podagra, kitomis endokrininėmis ligomis?	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	
7. Kraujo ligomis, pvz.: anemija, leukemija, kraujo krešumo sutrikimais, kitomis kraujo ligomis?	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	
8. Kaulų-raumenų sistemos ligomis, pvz.: kaulų, sąnarių, stuburo slankstelių, tarpslankstelinų diskų, raumenų, sausgyslių ar kitomis ligomis?	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	
9.1. Nervų ar psichikos ligomis, pvz.: epilepsija, paralyžiumi, miopatija, raumenų distrofija, neuropatija, galvos svaigimu, Parkinsono liga, išsėtinė skleroze, encefalitu, encefalopatija, galvos smegenų kraujotakos sutrikimu, neuroze, psichikos ar elgesio sutrikimu, depresija, nerimo sutrikimu, šizofrenija?	1. <input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	
9.2. Ar mėginote nusižudyti?	2. <input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	

		Koks susirgimas? Kada?
10. Ar Jums buvo diagnozuotas auglys?	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	
11. Akių ligomis, pvz.: tinklainės patologija, glaukoma ar kitomis?	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	
Regėjimas (dioptrijomis) kairė _____ dešinė _____		
12. Ausų ligomis, klausos susilpnėjimu?	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	
13. Alerginėmis ligomis, pvz.: alerginė sloga, odos bėrimai (dilgėlinė), anafilaksinis šokas ar kitomis ligomis?	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	
14. Infekcinėmis ligomis, pvz.: tuberkulioze, poliomieliu, virusiniu hepatitu, lytiniu keliu plintančiomis ligomis, kraujo užkrėtimu, tropinėmis ligomis, grybelinėmis, parazitinėmis ar kitomis ligomis?	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	
15. Ar Jums buvo nustatyta ŽIV infekcija (teigiamas ŽIV testas)?	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	
16. Ar buvo nelaimingų atsitikimų, sužalojimų, apsinuodijimų?	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	
17. Ar po susirgimų, sužeidimų, apsinuodijimų yra komplikacijų?	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	
18.1. Ar buvote operuotas (-a)? Kada? _____	1. <input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	Dėl ko? (nurodykite ligą, negalavimą)
18.2. Ar paskutinius 10 metų gydėtės ligoninėje, reabilitaciniame centre, sanatorijoje? Kada? _____	2. <input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	
18.3. Ar ketinate operuotis? Kada? _____	3. <input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	
18.4. Ar ketinate gydytis? Kada? _____	4. <input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	
18.5. Ar yra atliekami kokie nors diagnostiniai tyrimai?	5. <input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	
19.1. Ar vartojote, vartojate nuolat vaistus, pvz.: migdomuosius, raminančius, nuskausminančius, kraujo spaudimą mažinančius ar kitus?	1. <input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	Nurodykite vaistų pavadinimus
19.2. Ar Jums buvo taikyta chemoterapija, spindulinis gydymas?	2. <input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	
20. Ar vartojote, vartojate narkotines medžiagas?	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	
21.1. Ar vartojate alkoholį?	1. <input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	
21.2. Jeigu taip, nurodykite kokį ir kiek per savaitę.	2. _____	
21.3. Ar rūkote?	3. <input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	
21.4. Jeigu taip, kiek cigarečių per dieną?	4. _____	
22.1. Ar yra nustatytas neįgalumas (nustatytas specialus slaugos poreikis)?	1. <input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	Prašome pateikti darbingumo lygio pažymos kopiją
22.2. Kiek procentų darbingumo esate netekęs?	2. _____	
Dėl kokio profesinio, įgimto ar įgyto susirgimo ar nelaimingo atsitikimo?		
23.1. Ar sergo (šiuo metu serga) Jūsų tėvas, motina, broliai, seserys širdies ir kraujagyslių ligomis (padidintu kraujospūdžiu, miokardo infarktu, išemine širdies liga, vainikinių širdies kraujagyslių ateroskleroze), smegenų insultu, cukriniu diabetu, augliais (pvz.: krūtis, kiaušidžių, žarnyno), žarnyno polipoze, inkstų policistoze, išsėtine skleroze, Parkinsono liga, paveldimomis ligomis?	1. <input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	Kokiomis ligomis?
23.2. Jeigu taip, tai nuo kokio amžiaus?	2. _____	
23.3. Jeigu mirė, tai kokio amžiaus (nurodykite mirties priežastį)?	3. _____	
24.1. Ar per paskutinius 5 metus kreipėtės į gydytoją, buvote tirtas (-a), konsultuotas (-a), gydytas (-a)?	1. <input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> profilaktiškai <input type="checkbox"/> dėl ligos	Dėl ko?
24.2. Ar buvote nedarbingas ilgiau nei 6 savaites ištiesiai?	2. <input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	
25. Kuris gydytojas yra geriausiai informuotas apie Jūsų sveikatos būklę? (arba gydymo įstaiga, kurioje yra Jūsų asmens sveikatos istorija)		

#### Savo parašu patvirtinu:

- Į pateiktus šioje anketoje klausimus atsakiau išsamiai ir teisingai, nieko nenuslėpdamas.
- Sutinku, kad ERGO Life Insurance SE patikrintų ir įvertintų šioje anketoje mano pateiktą informaciją sudarant draudimo sutartį, draudimo sutarties galiojimo laikotarpiu, tiriant draudžiamuosius įvykius ir šiais tikslais apklaustų visus gydytojus, liginines ir kitas gydymo ir slaugos įstaigas, kuriose aš buvau ar būsiu gydomas ir/ ar slaugomas, taip pat ir kitus asmenis bei gautų iš jų informaciją ir dokumentus apie mano sveikatos būklę, diagnozes, prognozes ir gydymą, taip pat visą kitą asmeninio pobūdžio informaciją apie mane kaip pacientą.
- Sutinku, kad šioje anketoje pateikti mano asmens duomenys būtų ERGO Life Insurance SE saugomi ar kitaip tvarkomi draudimo rizikos įvertinimo, draudimo sutarties sudarymo, administravimo bei vykdymo, draudžiamųjų įvykių tyrimo tikslais ir tais pačiais tikslais būtų perduodami draudikams, perdraudikams, draudimo tarpininkams, sveikatos priežiūros, slaugos, sveikatingumo įstaigoms, o taip pat ir kitiems asmenims, kai įstatymai ar kiti teisės aktai apibrėžia tokių duomenų rinkimo ir teikimo tvarką bei duomenų gavėjus.
- Man yra žinoma, kad aš turiu teisę susipažinti su savo tvarkomais asmens duomenimis ir kaip jie yra tvarkomi, reikalauti ištaisyti, sunaikinti mano asmens duomenis arba sustabdyti mano asmens duomenų tvarkymo veiksmus, kai

duomenys tvarkomi nesilaikant įstatymų nuostatų, nesutikti, kad būtų tvarkomi mano asmens duomenys.

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Apdraustojo (jeigu apdraustasis nepilnametis - tėvų arba globėjo ar rūpintojo) vardas, pavardė, parašas

5. Sutinku, kad šioje anketoje pateikti mano asmens duomenys (išskyrus asmens kodą) būtų atskleisti ir tvarkomi tiesioginės rinkodaros tikslais ERGO Life Insurance SE, įmonės kodas 110707135, buveinės adresas Geležinio Vilko g. 6A, Vilnius ir UADB „ERGO Lietuva“, įmonės kodas 110012799, Geležinio Vilko g. 6A, Vilnius.

6. Sutinku, kad ERGO Life Insurance SE ir UADB „ERGO Lietuva“ naudotų mano kontaktinius asmens duomenis ir kreiptųsi į mane tiesiogiai ar per savo atstovus telefonu, paštu, elektroninio ryšio priemonėmis ar kitokiu būdu siūlydamos man šių draudimo įmonių teikiamas gyvybės draudimo, pensijų kaupimo ir ne gyvybės draudimo paslaugas ir/arba teirautųsi mano nuomonės dėl minėtų paslaugų.

7. Aš buvau supažindintas su savo teise nesutikti, kad mano asmens duomenys būtų tvarkomi tiesioginės rinkodaros tikslais.

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Apdraustojo (jeigu apdraustasis nepilnametis - tėvų arba globėjo ar rūpintojo) vardas, pavardė, parašas

**Dėmesio! Jeigu draudžiamas asmuo yra nepilnametis, už jį anketoje pasirašo jo įstatyminiai atstovai: tėvai arba globėjai.**