

Apdraustojo (draudžiamo asmens) anketa

A

Vardas _____ Pavardė _____

Gimimo data/vieta _____ Asmens kodas

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

Asmens dokumentas, Nr. _____ Pilietybė _____

Darbovietė, pareigos/profesija _____ Ryšys su draudėju _____

Adresas _____ Telefonas _____

Draudėjas _____ Draudimo prašymo/liudijimo Nr. _____

Į klausimus prašome atsakyti išsamiai. Prašome užbraukti atitinkamą langelį . 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 Jūsų darbe yra pavojus sveikatai arba gyvybei (pvz., darbas su sprogmenimis, radioaktyviomis ar toksinėmis medžiagomis, dujų-naftos pramonėje, specialiosiose pajėgose, saugos tarnyboje, paskirtas tarnybinis ginklas, darbas aukštyje iki 15 m, darbas aukštyje virš 15 m, darbas su statybų technika, judančiais mechanizmais ar kt. faktoriai, kurie gali kelti pavojų sveikatai ir gyvybei)?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Prašome apibūdinti plačiau galimą pavojų
2. Ar laisvalaikiu užsiimate nardymu, buriavimu, alpinizmu, kalnų sportu, aviasportu, parašiutizmu, sklandymu, auto-moto sportu, ekstremaliu sportu, kovinėmis sporto šakomis ar kt.? Ar dalyvaujate bet kurios sporto šakos treniruotėse, varžybose?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Prašome apibūdinti plačiau
3. Ar numatote vykti į užsienį ilgesniam nei 3 mėnesių laikotarpiui? Koks kelionės tikslas (dirbti, mokytis ar kt.)? Jeigu numatote dirbti, nurodykite kurioje šalyje, kokį darbą (pareigas, darbovietę).	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Kurioje šalyje? Kuriam laikui? Kokių tikslų?
4. Koks Jūsų ūgis ir svoris? Ūgis _____ cm, svoris _____ kg		
5. Ar šiuo metu jaučiatės visiškai sveikas (-a)?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	
6. Ar sirgote, šiuo metu sergate? Ūmių ligų be komplikacijų, kurios jau išgydytos ir nesukėlė pasekmių tolimesnei sveikatos būklei, nurodyti nereikia.		
6.1. Kvėpavimo organų ligomis, pvz.: bronchine astma, lėtiniu bronchitu, lėtine obstrukcine plaučių liga, plaučių uždegimu, gerklų ligomis, dažnu sinusitu ar kitomis ligomis?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Koks susirgimas? Kada? Kur gydytas?
6.2. 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	Koks susirgimas? Kada? Kur gydytas?
6.3. Virškinimo sistemos ligomis, pvz.: opalige, skrandžio, kepenų, tulžies pūslės, kasos, žarnyno ar kitomis ligomis?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Koks susirgimas? Kada? Kur gydytas?
6.4.1. Inkstų, šlapimo takų, lyties organų ligomis, pvz.: inkstų uždegimu, nepakankamumu, akmenlige, šlapimo pūslės, prostatos uždegimu ar kitomis ligomis?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Koks susirgimas? Kada? Kur gydytas?
6.4.2. Ar buvo pakitimų šlapime, pvz.: kraujo, baltymo, cukraus, leukocitų?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Kada? Prašome patikslinti kokie buvo pakitimai.
6.5.1. Tik moterims: ginekologinėmis ar krūtų ligomis?	1. <input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Koks susirgimas? Kada? Kur gydytas?
6.5.2. Ar jūs laukiatės kūdikio? 6.5.2.1. Ar nėštumo eiga yra normali? 6.5.2.2. Numatoma gimdymo data: _____	2. <input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne 2.1. <input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Jei laukiatės kūdikio, prašome pateikti nėščiosios priežiūros kortelės kopiją.
6.6. Medžiagų apykaitos ligomis, pvz.: cukriniu diabetu, nustatytas cholesterolio perteklius, skydliaukės veiklos sutrikimu, podagra, kitomis endokrininėmis ligomis?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Koks susirgimas? Kada? Kur gydytas?
6.7. Kraujo ligomis, pvz.: anemija, leukemija, kraujo krešumo sutrikimais, kitomis kraujo ligomis?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Koks susirgimas? Kada? Kur gydytas?
6.8. Kaulų-raumenų sistemos ligomis, pvz.: kaulų, sąnarių, stuburo slankstelių, tarpslankstelinio disko, raumenų, sausgyslių ar kitomis ligomis?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Koks susirgimas? Kada? Kur gydytas?
6.9.1. 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	Koks susirgimas? Kada? Kur gydytas?
6.9.2. Ar mėginote nusižudyti?	2. <input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	
6.10. Ar Jums buvo diagnozuotas auglys?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Koks (arba kurio organo) auglys? Kada? Kur gydytas?

6.11. Akių ligomis, pvz.: tinklainės patologija, glaukoma ar kitomis?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Koks susirgimas? Kada? Kur gydytas?
6.12. Koks Jūsų regėjimas (dioptrijomis)? Kairė _____ dešinė _____		
6.13. Ausų ligomis, klausos susilpnėjimu?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Koks susirgimas? Kada? Kur gydytas?
6.14. Alerginėmis ligomis, pvz.: odos bėrimai (dilgėlinė), anafilaksinis šokas ar kitomis ligomis?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Koks susirgimas? Kada? Kur gydytas?
6.15. 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	Koks susirgimas? Kada? Kur gydytas?
7. Ar Jums buvo nustatyta ŽIV infekcija (teigiamas ŽIV testas)?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Kada? Kur gydytas?
8. Ar buvo nelaimingų atsitikimų, sužalojimų, apsinuodijimų, sužeidimų, po kurių yra komplikacijų?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Kokių? Kada? Kur gydytas?
9.1. Ar buvote operuotas?	1. <input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Dėl kokio susirgimo, traumos? Kada? Kur gydytas?
9.2. Ar paskutinius 10 metų gydėtės ligoninėje, reabilitaciniame centre, sanatorijoje?	2. <input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Dėl kokio susirgimo? Kada? Kur gydytas?
9.3. Ar Jums yra numatyta planinė operacija?	3. <input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Dėl kokio susirgimo? Kada? Kurioje sveikatos priežiūros įstaigoje?
9.4. Ar Jums yra numatytas gydymas?	4. <input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Dėl kokio susirgimo? Kada? Kurioje sveikatos priežiūros įstaigoje?
9.5. Ar yra atliekami kokie nors diagnostiniai tyrimai?	5. <input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Kokie? Dėl kokio susirgimo? Kurioje sveikatos priežiūros įstaigoje?
10.1. Ar vartojote, vartojate nuolat vaistus, pvz.: migdomuosius, raminančius, nuskausminančius, kraujo spaudimą mažinančius ar kitus?	1. <input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Dėl kokio susirgimo? Nurodykite vaistų pavadinimus:
10.2. Ar Jums buvo taikyta chemoterapija, spindulinis gydymas?	2. <input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Dėl kokio susirgimo? Kada? Kur gydytas?
11. Ar vartojote, vartojate narkotines medžiagas?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	
12.1. Ar vartojate alkoholi?	1. <input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Kokį? Kiekis per savaitę?
12.2. Ar rūkote?	2. <input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Kiek cigarečių per dieną?
13. Ar Jums yra nustatytas sumažėjęs darbingumo lygis, neįgalumas, specialieji poreikiai?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Kiek procentų darbingumo esate netekęs? Jei taip, prašome pateikti darbingumo lygio pažymos kopiją
14. Ar sirgo (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.: krūties, kiaušidžių, žarnyno), žarnyno polipoze, inkstų policistoze, išsėtine skleroze, Parkinsono liga, paveldimomis ligomis?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Kas, kokiomis ligomis? Nuo kokio amžiaus serga? Jeigu mirę, tai kokio amžiaus (nurodykite mirties priežastį)?
15.1. Ar per paskutinius 5 metus kreipėtės į gydytoją, buvote tirtas, konsultuotas, gydytas?	1. <input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> profilaktiškai <input type="checkbox"/> dėl ligos	Ar buvo nustatyta kokia nors liga? Kokia? Kur gydytas?
15.2. Ar buvote nedarbingas ilgiau nei 6 savaites ištiesai?	2. <input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Kokia priežastis?
16. Kuris gydytojas yra geriausiai informuotas apie Jūsų sveikatos būklę (arba gydymo įstaiga, kurioje yra Jūsų asmens sveikatos istorija)?		

Jei atsakymams neužtenka vietos, į juos prašome atsakyti ant atskiro lapo, nurodant klausimo numerį.

Sutinku, kad ERGO Life Insurance SE prieš sudarydama draudimo sutartį, jos galiojimo laikotarpiu, tiriant draudžiamuosius įvykius užklaustų bei gautų iš visų Lietuvos Respublikos ir kitų valstybių teritorijoje esančių gydytojų, ligoninių ir kitų gydymo, sveikatos priežiūros bei slaugos įstaigų, taip pat iš kitų asmenų mano asmens duomenis apie mano sveikatos būklę, diagnozes, prognozes ir gydymą, taip pat visą kitą asmeninio pobūdžio informaciją apie mane kaip pacientą, reikalingus mano suteiktai informacijai papildyti bei patikrinti ir šiais tikslais teiktų jiems mano asmens duomenis. Sutinku, kad ERGO Life Insurance SE tvarkytų šiuos duomenis, susijusius su draudimo rizikos vertinimu, draudimo sutarties sudarymu, administravimu ir vykdymu, draudžiamųjų įvykių tyrimu.

Sutinku, kad visi gydytojai, ligoninės ir kitos gydymo bei slaugos įstaigos, Valstybinė bei teritorinės Ligoninių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos, Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba (SODRA), Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (NDNT), pateiktų ERGO Life Insurance SE informaciją apie mano sveikatos būklę, diagnozes, prognozes ir gydymą, taip pat visą kitą asmeninio pobūdžio informaciją apie mane kaip pacientą.

Draudžiamo asmens (jeigu draudžiamas asmuo nepilnametis – vieno iš tėvų, įtėvių ar globėjų) vardas, pavardė, parašas

Data