

Apdraustojo (draudžiamo asmens) anketa pensiniam draudimui ir draudimui nuo nelaimingų atsitikimų

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 per pastaruosius penkerius metus sirgote nervų ar psichikos ligomis, vėžiniais susirgimais, kitomis lėtinėmis ligomis, patyrėte traumų, kaulų lūžių, buvote dėl traumos operuotas, gydytas ligoninėje, sanatorijoje, buvo skirta reabilitacija, šiuo metu gydotės dėl traumos, yra paskirta operacija?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Kokiomis? Kada? Kur gydytas?
2. 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
3. Ar laisvalaikiu užsiimate nardymu, buriavimu, alpinizmu, kalnų sportu (išskyrus laisvalaikio slidinėjimą), aviacija, parašiutizmu, sklandymu, parasparniais, auto-moto sportu, ekstremaliu sportu (pvz.: kalnų dviračiai, jėgos aitvarai), kovinėmis sporto šakomis ar kita veikla pavojinga sveikatai ir gyvybei? 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
4. 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

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 Ligonijų 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