

Draudžiamo vaiko anketa

Draudimo prašymo/liudijimo Nr. _____

Draudėjas _____ Asmens kodas

Draudžiamas nepilnametis asmuo (toliau – vaikas) _____

Asmens kodas Ryšys su draudėju _____

Į klausimus prašome atsakyti išsamiai. Prašome užbraukti atitinkamą langelį .

Į klausimus atsako vaiko tėvai (jėtėviai), globėjai

1. Vaiko ūgis _____ cm, svoris _____ kg.		
2. Ar šiuo metu vaikas yra sveikas?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	
3. Ar buvo kada nors prašymas vaiko gyvybės, kritinių ligų, nelaimingų atsitikimų ar sveikatos draudimui atmetas, atidėtas arba pasiūlytos kitos draudimo sąlygos arba apdrausta ypatingomis sąlygomis?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	
4. Ar vaikas serga kokiais nors įgimtomis arba paveldėtomis ligomis, tokiomis kaip: hidrocefalija, įgimtos širdies ligos/ydos, „kiškio“ lūpa ir „vilko“ gomurys, cistinė fibrozė (mukoviscidozė), įgimtos virškinamojo trakto arba šlapimo-lyties organų ligos, įgimtos kaulų-raumenų sistemos deformacijos, centrinės nervų sistemos įgimtos ligos, spina bifida (įskilas stuburas), klausos susilpnėjimas, regėjimo susilpnėjimas arba aklumas?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Koks susirgimas? Kada? Kur gydytas?
5. Ar vaikui buvo nustatyta kokių nors komplikacijų priešgimdyminiame arba pogimdyminiame periode, tokių kaip smegenų pažeidimas, vaikų cerebrinis paralyžius, sunkūs kvėpavimo sutrikimai, sunki naujagimių gelta, kraujavimas?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Kokių? Kur gydytas?
6. Ar vaikas nuo gimimo serga ar kada sirgo ligomis, tokiomis kaip:		
a) Reumatu, reumatoidiniu artritu, širdies ritmo sutrikimais, širdies vožtuvų ligomis?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Koks susirgimas? Kada? Kur gydytas?
b) Astma ar kita lėtine plaučių liga?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Koks susirgimas? Kada? Kur gydytas?
c) Piktybiniu augliu (vėžiu), leukemija, Hodžkino limfoma, ne Hodžkino limfoma, ar bet koku galvos ar nugaros smegenų augliu?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Koks susirgimas? Kada? Kur gydytas?
d) Vystymosi atsilikimu, autizmu, aktyvumo ir dėmesio sutrikimu, hiperkinetiniu elgesio sutrikimu, sunkiais mitybos sutrikimais (pvz.: anoreksija)?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Koks susirgimas? Kada? Kur gydytas?
e) Epilepsija, meningitu ar encefalitu, komplikacijos/liekamieji reiškiniai po smegenų traumos ar infekcijos/ligos? Kraujavimu į smegenis, koma, paralyžiumi?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Koks susirgimas? Kada? Kur gydytas?
f) Cukriniu diabetu?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Kada? Kur gydytas?
g) Lėtinėmis šlapimo sistemos ligomis, pasikartojančiomis šlapimo sistemos infekcijomis, buvo/yra šlapimo tyrimo pakitimai?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Koks susirgimas? Kada? Kur gydytas?
h) Buvo nustatytas teigiamas ŽIV testas, teigiamas hepatito B arba C testas, kraujo krešėjimo sutrikimai, hemofilija, talasemija ar kitos kraujo ligos?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Koks susirgimas? Kada? Kur gydytas?
i) Bet koks lėtinis nervų-raumenų sistemos pažeidimas, pvz.: motorinių neuronų liga, raumenų distrofija/atrofija?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Koks susirgimas? Kada? Kur gydytas?

7. Ar vaikas patyrė traumų, kaulų lūžių, apsinuodijimų, buvo dėl traumos operuota(-s), gydyta(-s) ligoninėje, sanatorijoje, buvo skirta reabilitacija?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Kokių? Kada? Kur gydytas?
8. Ar vaikas buvo konsultuotas ar gydytas dėl alkoholio, narkotikų, toksinių medžiagų ar kitų svaiginimuisi skirtų medžiagų vartojimo.	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Dėl ko? Kada? Kur gydytas?
9. Be Jūsų jau nurodytų būklių/susirgimų: ar yra paskirtos konsultacijos pas gydytoją, atliekami medicininiai tyrimai (pvz. elektrokardiograma, rentgenograma, kompiuterinė tomografija, magnetinis rezonansas, ultragarsinis tyrimas, elektroencefalograma), laukiama tyrimų atsakymų, tęsiamas gydymas ar yra paskirta/laukiama operacijos?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Dėl kokio susirgimo? Kada? Kur? Kokie tyrimai?
10. Be gydymo, paskirto dėl Jūsų jau nurodytų bet kurių būklių/susirgimų, ar vaikui yra paskirti/išrašyti vaistai, medikamentai, tabletės ar skirtas bet koks kitas pastovus gydymas?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Kokie vaistai? Kada? Dėl kokio susirgimo?
11. Ar vaikui yra nustatytas neįgalumas?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Jei taip, prašome pateikti neįgalumo pažymos kopiją.
12. Ar vaiko tėvai, broliai, seserys serga lėtinėmis ligomis, tokiomis kaip: cukrinis diabetas, astma, neurodermitas, epilepsija, nervų-raumenų ligos, medžiagų apykaitos ligos, cistinė fibrozė, klausos susilpnėjimas, regėjimo sutrikimas, ŽIV infekcija?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	Kas ir kokiomis?

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

Savo parašu patvirtinu, kad į šios anketos klausimus atsakiau išsamiai ir teisingai, nieko nenuslėpdamas.

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,

kuriose mano vaikas, įvaikis, globotinis _____
Vaiko vardas, pavardė, asmens kodas

buvo ar bus gydomas ir/ar slaugomas, taip pat iš kitų asmenų duomenis ir informaciją apie mano vaiko, įvaikio, globotinio sveikatos būklę, diagnozes, prognozes ir gydymą, taip pat visą kitą asmeninio pobūdžio informaciją apie jį kaip pacientą, reikalingus mano suteiktai informacijai papildyti bei patikrinti ir šiais tikslais teiktų jiems mano vaiko, įvaikio, globotinio 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 vaiko, įvaikio, globotinio sveikatos būklę, diagnozes, prognozes ir gydymą, taip pat visą kitą asmeninio pobūdžio informaciją apie jį kaip pacientą.

Vaiko teisėtas atstovas _____
Vardas, pavardė

Data _____ Parašas _____