

Pieteikums fizisku personu veselības apdrošināšanai

LŪDZAM AIZPILDĪT DRUKĀTIEM BURTĒM

Vispārēja informācija par Apdrošināmo

Vārds		Uzvārds	
Personas kods	-	Dzimums	☐ siev. ☐ vīr.
Tālrunis		E-pasts	
Adrese			LV-

Vai par Jums tiek veikti Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktie nodokļu maksājumi, ☐ jā ☐ nē

Jautājumi Apdrošināmajai personai

I sada

Lūdzu, izlasiet un atbildiet uz zemāk minētajiem jautājumiem, atzīmējot attiecīgo atbildi.

1) Jūsu svars	kg	2) Jūsu augums	cm	KĶermeņa masas indekss (Aizpilda ERGO pārštāvis)	
3) Vai Jūs smēķējat/esat smēķējis vairāk nekā 10 cigaretes dienā?	☐ jā ☐ nē	Ja "jā", tad norādiet, kad sāka/pārtraukta smēķēšana		gadā gadā	
4) Vai Jūs vienas nedēļas laikā regulāri lietojat vairāk par 6 vienībām alkohola? (50 ml degvīna = 1 vienība, 200 ml vīna = 1 vienība, 250 ml alus = 1 vienība)	☐ jā ☐ nē	Ja "jā", tad norādiet, cik vienības vienas nedēļas laikā Jūs lietojat			
5) Vai Jūs lietojat/esat lietojis narkotiskās vai citas apreibinošās vielas?	☐ jā ☐ nē	Ja "jā", tad norādiet, kad un kādas lietojāt			

Il sadala

Lūdzu, izlasiet un atbildiet uz zemāk minētajiem jautājumiem, atzīmējot attiecīgo atbildi.

Ja kādā no jautājumiem atbilde ir “jā”, lūdzu, aprakstiet to sīkāk III sadalā.

1) Vai Jūs esat ārstējies dienas/dienakts stacionārā?	☐	jā	☐	nē
2) Vai Jums ir bijusi/-šas trauma/-as ar paliekošām sekām?	☐	jā	☐	nē
3) Vai Jums ir veikta/-as operācija/-as (ieskaitot ambulatori veiktas)?	☐	jā	☐	nē
4) Vai Jums pēdējo trīs gadu laikā ir bijis darbnespējas periods ilgāks par 30 dienām?	☐	jā	☐	nē
5) Vai Jums ir bijušas saslimšanas, veselības traucējumi vai sūdzības, kas saistītas ar:				
a) elpošanas orgānu slimībām (piemēram, bronhiālā astma, bieži bronhīti, pneimonijas, biežas angīnas u.c.);	☐	jā	☐	nē
b) sirds un asinsvadu sistēmas slimībām (piemēram, paaugstināts asinsspiediens (arteriālā hipertensija), aritmija, sirds nepietiekamība, miokarda infarkts, insults, galvas smadzeņu asinsrites traucējumi, asinsvadu anomālijas, varikozu vēnu iekaisumi u.c.);	☐	jā	☐	nē
c) gremošanas sistēmas slimībām (piemēram, gastrīts, kuņģa, 12 pirkstu zarnas čūla, žultsakmeņi, zarnu iekaisumi, divertikuloze, Krona slimība u.c.);	☐	jā	☐	nē
d) vielmaiņas slimībām (piemēram, cukura diabēts, paaugstināts holesterīna līmenis, vairogdziedzera slimības u.c.);	☐	jā	☐	nē
e) kaulu un locītavu sistēmas slimībām (piemēram, skolioze, spondilozē, artrīti, reimatisms u.c.);	☐	jā	☐	nē
f) nieru, urīnceļu, dzimumorgānu slimībām (piemēram, nieru, urīnpūšļa iekaisumi, nieru nepietiekamība, nierakmeņi, prostatas slimības u.c.)	☐	jā	☐	nē
g) galvas un muguras smadzeņu, nervu sistēmas vai psihiskiem traucējumiem (piemēram, epilepsija, paralīze, krampji, reiboņi, migrēna, samaņas zudumi, neirozes, depresijas, Parkinsona slimība, Alzheimeras slimība u.c.);	☐	jā	☐	nē
h) asins slimībām (piemēram, anēmija, leikēmija, asins recēšanas traucējumi u.c.);	☐	jā	☐	nē
i) infekciju slimībām (piemēram, tuberkuloze, vīrusu hepatīts, sēnīšu, parazītu, dzimumorgānu infekcijas u.c.);	☐	jā	☐	nē
j) citām slimībām, kas nav minētas iepriekš (piemēram, iedzimtas slimības, izkropļojumi, labdabīgi un ļaundabīgi audzēji (vēzis) u.c.)	☐	jā	☐	nē
6) Vai Jūs pēdējo trīs gadu laikā esat slimojis vairāk nekā piecas reizes gadā?	☐	jā	☐	nē
7) Vai Jums ir plānota uzturēšanās stacionārā, operācija un/vai izmeklējumi (t.sk. ambulatori veicami)?	☐	jā	☐	nē
8) Vai Jūs nodarbojaties ar paaugstināta riska vaļaspriekiem (piemēram, kalnu slēpošana, niršana, motosports (t.sk. ūdens), autosports, medības, alpinisms, lēkšana ar izpletņi, aviācija, burāšana u.tml.) un/vai Jums ir kaitīgi/bīstami darba apstākļi (piemēram, starojums, toksiskas vielas, ieroča lietošana, pazemināta vai paaugstināta t ^o u.tml.)?	☐	jā	☐	nē

9) Vai Jūs pēdējo trīs gadu laikā esat lietojis medikamentus ilgāk par četrām nedēļām?

☐ jā☐ nē

10) Vai esat atkārtoti lietojis viena veida medikamentus ilgāk par četrām nedēļām pēdējo trīs gadu laikā (piemēram, miega zāles, sirds zāles, asinsspiediena zāles, nomierinošas zāles u.tml.)?

☐ jā☐ nē

11) Vai Jums ir piešķirta invaliditāte?

☐ jā☐ nē

12) Vai Jūsu tēvs, māte, brāļi, māsas slimo vai slimoja ar sirds un asinsvadu slimībām, psihiskām slimībām, cukura diabētu, smadzeņu insultu, nieru slimībām, audzējiem, pārmantotām, iedzimtām slimībām?

☐ jā☐ nē

13) Kurš/-i ārsts/-i ir vislabāk informēts/-i par Jūsu veselības stāvokli (ja nevarat nosaukt konkrētu/-s ārstu/-s, lūdzu, norādiet ārstniecības iestādi/-es, kurā/-ās esat ārstējies (izmeklēts, konsultēts) pēdējo 5 gadu laikā), un kur ir pieejama Jūsu medicīniskā dokumentācija, kad un kāpēc Jūs pēdējoreiz vērsāties pie ārsta?

Ārsta/-u vārds, uzvārds, ārstniecības iestāde, specialitāte	
Pēdējās vizītes īss apraksts	

14) Sieviešu dzimuma pārstāvēm – vai šobrīd esat grūtniece?

☐ jā☐ nē

III sadaļa

Ja kādā no II sadaļas jautājumiem esat atbildējis ar “jā”, lūdzu, sniedziet detalizētu aprakstu.

Jaut. Nr.	Slimības apraksts, simptomi, lietotie medikamenti, veiktā ārstēšana, veiktie izmeklējumi, gads u.c. informācija (t.sk. vaļasprieku, darba apstākļu apraksts utt.)	Kad tika pārtraukta ārstēšana?	Ārstu vārds, uzvārds; ārstniecības iestādes adrese
☐		(gads, mēnesis)	
☐		(gads, mēnesis)	
☐		(gads, mēnesis)	
☐		(gads, mēnesis)	

Ja Jums ir nepieciešama papildu vieta detalizēta apraksta sniegšanai, lūdzu, pievienojiet parakstītu papildu pielikumu.

Pirms šā Pieteikuma parakstīšanas, lūdzu, pārbaudiet tajā sniegto ziņu pareizību un pilnību. Pie svītrojumiem obligāta ir norāde “labotam ticēt”, kā arī apdrošināmās personas paraksts.

Ar savu parakstu apliecinu, ka atļauju ERGO Life Insurance SE un ERGO Insurance SE Latvijas filiālei saskaņā ar Fizisku personu datu aizsardzības likumu un citiem normatīviem aktiem kā personas datu saņēmējam, sistēmas pārzinim un datu operatoram apstrādāt manus personas datus apdrošināšanas līguma administrēšanai, kā arī apdrošināšanas pakalpojumu piedāvāšanas un tirgus izpētes nolūkos vai apstrādāt apdrošinātā objekta īpašnieka personas datus, tai skaitā, bet ne tikai personas sensitīvos datus.

Pilnvaroju ERGO Life Insurance SE un ERGO Insurance SE Latvijas filiālei iepazīties un saņemt informāciju par manu veselības stāvokli un saņemtajiem medicīniskajiem pakalpojumiem veselības stāvokļa uzlabošanai un profilaksei, un pieprasīt no valsts un pašvaldību iestādēm, kā arī citām personām personas datus un jebkādu citu informāciju, tai skaitā informāciju par manu veselības stāvokli un/vai saņemto medicīnisko palīdzību, kas nepieciešama iespējamā apdrošināšanas gadījuma apstākļu noskaidrošanai. Parakstot šo pieteikumu, apliecinu: (1) sniegtā informācija ir patiesa, pilnīga un precīza un apzinos, ka, sniedzot nepilnīgu, nepatiesu vai maldinošu informāciju, ERGO Life Insurance SE un ERGO Insurance SE Latvijas filiālei ir tiesības atzīt apdrošināšanas līgumu par spēkā neesošu no tā noslēgšanas brīža; (2) esmu iepazīties/-usies ar izvēlēto apdrošināšanas seguma ERGO Life Insurance SE un ERGO Insurance SE Latvijas filiālei noteikumiem, saprotu tos un tiem piekrītu. Noslēdzot veselības apdrošināšanas līgumu, šis pieteikums kļūst par līguma neatņemamu sastāvdaļu. Piekrītu, ka nepieciešamības gadījumā pieteikumā vai apdrošināšanas līgumā minētā informācija tiek nodota pārapsdrošinātājam riska izvērtēšanai. Aņņemos nekavējoties rakstiski paziņot ERGO Life Insurance SE par jebkādam izmaiņām šajā pieteikumā sniegtajā informācijā.

Izvēlēta apdrošināšanas programma

Priora☐

Priora Plus☐

Vēlamais līguma darbības sākuma datums

(Līgums var stāties spēkā saskaņā ar šajā pieteikumā norādīto datumu, bet ne agrāk kā 10 (desmit) darba dienas pēc pieteikuma saņemšanas ERGO Life Insurance SE Latvijas filiālē)

Maksājumu skaits:

☐ 1 maksājums

☐ 2 maksājumi

☐ 4 maksājumi

Parakstot Pieteikumu, apliecinu, ka esmu iepazinies ar Fizisku personu kompleksajiem veselības apdrošināšanas noteikumiem Nr. FVA 03-2017 un tiem piekrītu.

Datums

Apdrošināmā paraksts

Paraksta atšifrējums

Aizpilda un paraksta ERGO pārstāvis

Pieteikumam pievienots pielikums ar detalizētu aprakstu

☐ jā☐ nē

Pieteikuma saņemšanas datums

Paraksts

Paraksta atšifrējums