

Pieteikums fizisku personu veselības apdrošināšanai



ERGO, kā apdrošināšanas pakalpojumu sniedzējs, nodrošina klientiem iespēju iepazīties ar vispārīgo pirmslīguma informāciju (t.sk. Apdrošināšanas produkta informācijas dokumentu) ERGO mājaslapā <https://www.ergo.lv/lv/par-ergo/pirmsliguma-informacija> (saskaņā ar Eiropas Savienības dalībvalstīm saistošo normatīvo aktu, tai skaitā Vispārīgās datu aizsardzības regulas un Apdrošināšanas un pārāpdrošināšanas izpildīšanas likuma prasībām)

ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāle.
Vien.reģ.Nr.40103336441
www.ergo.lv

LŪDZAM AIZPILDĪT DRUKĀTIEM BURTĪEM

Vispārēja informācija par Apdrošināmo

Vārds	<input type="text"/>	Uzvārds	<input type="text"/>
Personas kods	<input type="text"/>	Dzimšanas datums	<input type="text"/>
Tālrunis	<input type="text"/>	E-pasts	<input type="text"/>
Adrese	<input type="text"/>	LV-	<input type="text"/>

Vai par Jums tiek veikti Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktie nodokļu maksājumi, tajā skaitā saistībā ar Latvijas Republikas valsts nodrošināto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu jā nē

Jautājumi Apdrošināmajai personai

I sadaļa

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

1) Jūsu svars <input type="text"/> kg	2) Jūsu augums <input type="text"/> cm	Ķermeņa masas indekss (Aizpilda ERGO pārstāvis) <input type="text"/>
3) Vai Jūs smēķējat/esat smēķējis vairāk nekā 10 cigaretes dienā? <input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> nē	Ja "jā", tad norādiet, kad sāka/pārtraukta smēķēšana <input type="text"/> gadā <input type="text"/> 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) <input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> nē	Ja "jā", tad norādiet, cik vienības vienas nedēļas laikā Jūs lietojat <input type="text"/>	
5) Vai Jūs lietojat/esat lietojis narkotiskās vai citas apreibinošās vielas? <input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> nē	Ja "jā", tad norādiet, kad un kādas lietojāt <input type="text"/>	

II sadaļa

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

Ja kādā no jautājumiem atbilde ir "jā", lūdzu, aprakstiet to sīkāk III sadaļā.

1) Vai Jūs esat ārstējies dienas/diennakts stacionārā? <input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> nē
2) Vai Jums ir bijusi/-šas trauma/-as ar paliekošām sekām? <input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> nē
3) Vai Jums ir veikta/-as operācija/-as (ieskaitot ambulatori veiktas)? <input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> nē
4) Vai Jums pēdējo trīs gadu laikā ir bijis darbnespējas periods ilgāks par 30 dienām? <input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> 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.); <input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> 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.); <input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> nē c) gremošanas sistēmas slimībām (piemēram, gastrīts, kuņģa, 12 pirkstu zarnas čūla, žultsakmeņi, zarnu iekaisumi, divertikuloze, Krona slimība u.c.); <input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> nē d) vielmaiņas slimībām (piemēram, cukura diabēts, paaugstināts holesterīna līmenis, vairogdziedzera slimības u.c.); <input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> nē e) kaulu un locītavu sistēmas slimībām (piemēram, skolioze, spondiloze, artrīti, reimatisms u.c.); <input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> nē f) nieru, urīnceļu, dzimumorgānu slimībām (piemēram, nieru, urīnpūšļa iekaisumi, nieru nepietiekamība, nierakmeņi, prostatas slimības u.c.) <input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> nē g) galvas un muguras smadzeņu, nervu sistēmas vai psihiskiem traucējumiem (piemēram, epilepsija, paralīze, krampji, reiboņi, migrēna, samaņas zudumi, neirozes, depresijas, Parkinsona slimība, Alcheimera slimība u.c.); <input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> nē h) asins slimībām (piemēram, anēmija, leikēmija, asins recēšanas traucējumi u.c.); <input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> nē i) infekciju slimībām (piemēram, tuberkuloze, vīrusu hepatīts, sēnišu, parazītu, dzimumorgānu infekcijas u.c.); <input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> nē j) citām slimībām, kas nav minētas iepriekš (piemēram, iedzimtas slimības, izkropļojumi, labdabīgi un ļaundabīgi audzēji (vēzis) u.c.) <input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> nē
6) Vai Jūs pēdējo trīs gadu laikā esat slimojis vairāk nekā piecas reizes gadā? <input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> nē
7) Vai Jums ir plānota uzturēšanās stacionārā, operācija un/vai izmeklējumi (t.sk. ambulatori veicami)? <input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> nē
8) Vai Jūs nodarbojaties ar paaugstināta riska vaļaspriekiem (piemēram, kalnu slēpošana, niršana, motosports (t.sk. ūdens), autosports, medības, alpīnisms, 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° u.tml.)? <input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> 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	

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
<input type="checkbox"/>		(gads, mēnesis)	
<input type="checkbox"/>		(gads, mēnesis)	
<input type="checkbox"/>		(gads, mēnesis)	
<input type="checkbox"/>		(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.

- Esmu informēts /-ta, ka ERGO Life Insurance SE, kuru Latvijas Republikā pārstāv ERGO Insurance SE Latvijas filiāle, kā personas datu pārzinis, ir tiesīga apstrādāt manus personas datus, ievērojot tiesību normas, kas regulē fizisko personu datu aizsardzību, un citus normatīvos aktus, ar mērķi apdrošināšanas pakalpojuma sniegšanai, tai skaitā riska izvērtēšanai un apdrošināšanas gadījumu atlīdzības noregulēšanai;
- Apliecinu, ka esmu iepazinies/-usies ar ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāle Privātuma politiku personas datu apstrādei, kas publicēta Apdrošinātāja tīmekļa vietnē www.ergo.lv, kā arī ir nodrošināta tās pieejamība pārdošanas vietās;
- Piekrītu, ka ERGO Life Insurance SE un ERGO Insurance SE Latvijas filiālei ir tiesīga un pilnvarota apstrādāt manus veselības datus apdrošināšanas pakalpojuma sniegšanai, tai skaitā riska izvērtēšanai un apdrošināšanas gadījumu atlīdzības noregulēšanai, kā arī pieprasīt un saņemt informāciju no ārstniecības iestādēm par sniegtajiem pakalpojumiem minētā sakarā; esmu informēts/-ta, ka minētā piekrišana nepieciešama apdrošināšanas pakalpojuma saņemšanai;
- Apliecinu, ka esmu iepazinies/-usies ar izvēlēto apdrošināšanas seguma ERGO Life Insurance SE, kuru Latvijas Republikā pārstāv ERGO Insurance SE Latvijas filiāle, noteikumiem, saprotu tos un tiem piekrītu.

Parakstot šo pieteikumu, apliecinu, ka sniegtā informācija ir patiesa, pilnīga un precīza un apzinos, ka, sniedzot nepilnīgu, nepatiesu vai maldinošu informāciju, ERGO Life Insurance SE, kuras vārdā Latvijas Republikā rīkojas ERGO Insurance SE Latvijas filiāle, ir tiesības atzīt apdrošināšanas līgumu par spēkā neesošu no tā noslēgšanas brīža.

Noslēdzot veselības apdrošināšanas līgumu, šis pieteikums kļūst par līguma neatņemamu sastāvdaļu. Piekrītu, ka nepieciešamības gadījumā pieteikumā vai apdrošināšanas līgumā minētā informācija tiek nodota pārprošinātājam 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 filiāle)

Maksājumu skaits: 1 maksājums 2 maksājumi 4 maksājumi

Parakstot Pieteikumu, apliecinu, ka esmu iepazinies/-usies ar Fizisku personu kompleksajiem veselības apdrošināšanas noteikumiem Nr. FVA 05-2018 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