

VESELĪBAS APDROŠINĀŠANAI FIZISKAI PERSONAI

(LŪDZAM AIZPILDĪT DRUKĀTIEM BURTĪEM)

APDROŠINĀTAIS

Vārds, uzvārds	Personas kods vai identifikācijas numurs			
Dzīvesvietas adrese		LV –		
Darba vieta, ieņemamais amats				
Dzimšanas datums (dd.mm.gggg.)	Dzimums:	sieviete	vīrietis	
Kontakttālrunis	Tālrunis	e-pasts		
Izvēlētais programma:	DZINTARS (VI) (pacienta līdzmaksājumi)	DZINTARS PLUS (VI) ar 50%apmaks	DZINTARS PLUS (VI) ar 80% apmaksu	
Iekļaut papildprogrammu:				
Polisi vēlos saņemt :	Elektroniski	Cits variants (lūdzu, norādiet blakus)		

JAUTĀJUMI APDROŠINĀTĀJAM (ATBILDES SNIEDZ APDROŠINĀTAIS) I–13

Lūdzu, uzmanīgi izlasiet katru jautājumu un katram jautājumam atzīmējiet attiecīgo atbildi. Ja uz kādu jautājumu ir atbilde "jā", tad blakus aprakstiet to sīkāk.

Jūsu augums	cm	Jūsu svars	kg	Vai Jūs smēķējat?	jā	nē	Ja "jā", tad cik cigaretes dienā
1.		Vai kādam no Jūsu ģimenes locekļiem ir bijis paaugstināts asins spiediens, sirds vai asinsrites slimības vecumā līdz 65 gadiem, cukura diabēts vai citas iedzimtās slimības?	jā	nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet slimību un personu, kura slimojusi		
2.		a) Vai pašlaik Jums ir kādas veselības problēmas?	jā	nē	Ja "jā", lūdzu, aprakstīt		
		b) Vai Jums ir pazeminātas darbaspējas?	jā	nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet, kādēļ, cik ilgi?		
		c) Vai pēdējo piecu gadu laikā Jūs kādreiz neesat varējis nostrādāt vairākas nedēļas pēc kārtas?	jā	nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet, kad un kādēļ?		
3.		Vai Jums ir bijušas saslimšanas, veselības traucējumi vai problēmas, kas saistītas ar:	jā	nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet Kas? Kad? Ilgums? Vai ārstēts?		
		a) elpošanas ceļiem, tādās kā astma, akūts vai hronisks bronhīts, pneimoniya, tuberkuloze vai citi traucējumi?					
		b) sirds un asinsvadu sistēmu, tādās kā augsts asinsspiediens, asinsrites traucējumi, infarkts, sirds ritma traucējumi, sirds mazspēja, apopleksija, vēnu iekaisums, varikozās vēnas vai citi traucējumi?	jā	nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet Kas? Kad? Ilgums? Vai ārstēts?		
		c) nervu sistēmu vai garīgiem traucējumiem, kā epilepsija, reiboņi, BCT-Bērnu cerebrālā trieka, insults, paralīze, neirīts, depresija vai citi traucējumi?	jā	nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet Kas? Kad? Ilgums? Vai ārstēts?		
		d) gremošanas sistēmu, diafragmas trūce, kuņģa vai divpadsmitpirkstu zarnas čūla, citi kuņģa vai zarnu traucējumi, tādi kā iekaisumi, asiņošana, hemoroīdi, aknu, žultspūšļa, aizkuņģa dziedzera slimības?	jā	nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet Kas? Kad? Ilgums? Vai ārstēts?		
		e) urīna ceļu vai dzimumorgāniem, tādiem kā nieru, urīnpūšļa, prostatas, akmeņi, asinis vai olbaltums urīnā vai citi traucējumi?	jā	nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet Kas? Kad? Ilgums? Vai ārstēts?		
		f) vielmaiņas traucējumiem vai asins slimībām, tādās kā cukura diabēts, paaugstināts asins lipīdu daudzums, podagra, vairogdziedzera un hormonālie traucējumi, anēmija, tēcēšanas, recēšanas vai citi traucējumi?	jā	nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet Kas? Kad? Ilgums? Vai ārstēts?		
		g) imūnsistēmu vai infekcijas slimībām, tādām kā AIDS, HIV vīruss, COVID-19, seksuāli transmisīvās slimības, hepatīts, tropiskās slimības vai citas saslimšanas?	jā	nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet Kas? Kad? Ilgums? Vai ārstēts?		
		h) ādas slimībām, kā ekzēma, alerģijas, psoriāze, sēnīšu slimības, ādas vēzis vai citas slimības?	jā	nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet Kas? Kad? Ilgums? Vai ārstēts?		

VESELĪBAS APDROŠINĀŠANAI FIZISKAI PERSONAI

(LŪDZAM AIZPILDĪT DRUKĀTIEM BURTĪEM)

i) muskuļu un skeleta sistēmas slimībām (kauli, locītavas, mugurkauls, mugurkaula diska trūce, muskuļi, saistaudi, cīpslas), muguras, kakla un plecu locītavu problēmas, artrīts, reimatisms vai citas slimības?	jā nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet Kas? Kad? Ilgums? Vai ārstēts
j) acu slimībām, tādām kā pazemināts redzes asums, tīklenes saslimšanas, glaukoma vai citi traucējumi?	jā nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet dioptrijas: Labā acs: Kreisā acs:
k) ausu slimībām, dzirdes traucējumiem, iekaisumiem vai citi traucējumiem?	jā nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet Kas? Kad? Ilgums? Vai ārstēts?
l) citām slimībām, saslimšanām vai problēmām, kas nav minētas iepriekš, tādām kā, piemēram, iedzimti defekti, izkropļojumi, labdabīgi audzēji, ļaundabīgi audzēji utt.?	jā nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet Kas? Kad? Ilgums? Vai ārstēts?
4. Sieviešu dzimuma pieteikuma iesniedzējām:		
a) Vai Jūs šobrīd esat grūtniece?	jā nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet kad paredzamas dzemdības?
b) Vai Jums kādreiz ir bijušas ginekoloģiskās saslimšanas vai krūts saslimšanas?	jā nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet Kas? Kad? Ilgums? Vai izārstēts?
5. Vai ar Jums ir gadījies nelaimes gadījums, trauma vai saindēšanas, kā rezultātā vajadzēja uzturēties slimnīcā vai bija nepieciešama operācija?	jā nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet kādas ir sekas?
6.		
a) Vai Jums ir veikta izmeklēšana un ārstēšana slimnīcā vai citā ārstniecības iestādē, vai esat operēts(a)?	jā nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet Kādēļ? Kas? Kad?
b) Vai ir plānota ārstēšanās ambulatorā iestādē, zobārniecības iestādē vai uzturēšanās slimnīcā un/vai paredzama operācija?	jā nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet Kāda? Kad?
c) Vai pēdējo piecu gadu laikā Jūs esat ārstējies vai konsultējusies pie: - Psihoterapeita, psihiatra vai psihologa?	jā nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet Pie kā?
- Krioterapeita, fizioterapeita?	jā nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet Pie kā?
d) Vai Jums ir bijušas izrakstītas un esat lietojis zāles ilgāk par 4 nedēļām?	jā nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet kādas?
e) Vai esat ārstēts pielietojot ķīmijterapiju vai apstarošanu?	jā nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet Kad?
7. Vai pēdējo piecu gadu laikā Jums bija jāveic kāda speciāla izmeklēšana/pārbaudes, tādas kā rentgens, datortomogrāfija, MRI (kodolmagnētiskā rezonanse), ultraskaņa, eho-, elektrokardiogramma, elektroencefalogramma, endoskopija vai citi testi?	jā nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet Kādi ir rezultāti?
8. Vai Jums ir bijis AIDS(HIV) tests, kas ir uzrādījis pozitīvu vai iespējami pozitīvu rezultātu?	jā nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet Kādu? Cik bieži?
9.		
a) Vai nodarbojaties ar sportu?	jā nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet Kādu? Cik bieži?
b) Vai lietojiet alkoholu?	jā nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet Kādu un cik daudz dienā?
c) Vai lietojiet pretsāpju preparātus, miega zāles, nomierinošus vai citus medikamentus?	jā nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet Kādu un cik daudz nedēļā? Kopš kura laika?
d) Vai lietojiet narkotikas, vai esat kādreiz lietojis?	jā nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet Kad tas bija pēdējo reizi? Kādas tieši?

VESELĪBAS APDROŠINĀŠANAI FIZISKAI PERSONAI (LŪDZAM AIZPILDĪT DRUKĀTIEM BURTĪEM)

10. a) Pie kāda ārsta – speciālista bijāt pēdējoreiz?	jā nē	Lūdzu, norādiet pie kāda ārsta – speciālista. Kādēļ? Kad?
b) Vai esat pēdējo piecu gadu laikā apmeklējis zobu ārstu, vai kādu citu ārstu, kas šeit nav minēts?	jā nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet Kādu? Kāpēc?
11. Vai jums ir, vai, ir bijusi piešķirta invaliditāte?	jā nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet saslimšanu un invaliditātes grupu.
12. Vai Jūs nodarbojaties vai plānojat nodarboties ar profesionālo sportu (ar auto vai motosportu, ar jāšanas sportu, ar kādu no cīņas vai ziemas sporta veidiem vai ar citu sporta veidu)?	jā nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet Ar kādu? Cik bieži?
13. Vai Jūsu vaļasprieki ir saistīti ar paaugstinātu bīstamību (piem., aviāciju vai izpletņu lēkšanu, kalnu slēpošanu, niršanu ar elpošanas iekārtu izmantošanu, ūdens motosportu, medībām, braukšanu ar motociklu, alpīnismu)?	jā nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet Ar kādu? Cik bieži?

APLIECINĀJUMI UN PERSONAS DATU APSTRĀDE

Parakstot šo pieteikumu apliecinu, ka:

- visa manis pieteikumā sniegtā un Apdrošinātāja pieprasītā informācija, kas nepieciešama Apdrošinātājam, ir brīvi sniegta, pilnīga un patiesa;
- esmu informēts/a, ka nepilnīgas vai nepatiesas informācijas sniegšanas gadījumā, Apdrošinātājam ir tiesības atzīt apdrošināšanas līgumu, ja tāds ir noslēgts starp Apdrošinājumaņēmēju/Apdrošināto un Apdrošinātāju, par spēkā neesošu no tā noslēgšanas brīža;
- esmu informēts/a, ka šis pieteikums neuzliek par pienākumu nedz Apdrošinātājam noslēgt apdrošināšanas līgumu, nedz Apdrošinājumaņēmējam/Apdrošinātājam uzņemties kādas saistības;
- esmu iepazinies/usies ar izvēlētā apdrošināšanas veida apdrošināšanas noteikumiem, saprotu tos un piekritu tiem. Aņņemos informēt Apdrošinātāju par jebkurām izmaiņām informācijā, kas sniegta šajā pieteikumā;
- esmu iepazinies/usies ar Apdrošinātāja Paziņojumu par privātumu un saprotu tā saturu, tostarp to, kādus personas datus apstrādā Apdrošinātājs, kādiem nolūkiem, uz kādiem juridiskajiem pamatiem, kā arī esmu informēts/ta par manām tiesībām attiecībā uz maniem personas datiem.

Parakstot šo pieteikumu, apliecinu, ka atļauju Apdrošinātājam:

- kā pārzinim apstrādāt šajā pieteikumā norādīto un apdrošināšanas līguma darbības laikā iegūto informāciju un manus personas datus, tai skaitā īpašu kategoriju personas datus, Apdrošinātāja Paziņojumā par privātumu norādītajiem mērķiem, t.i., Apdrošināšanas līguma noslēgšanai un izpildei, ieskaitot apdrošināšanas atlīdzību un citu prasību izskatīšanu; izpildot mūsu saistības, kas izriet no likuma, kā arī aizskarto vai apstrīdēto tiesību aizsardzībai, kā arī nodot šo informāciju un personas datus Apdrošinātāja grupas (Vienna Insurance Group AG) uzņēmumiem;
- no šī pieteikuma parakstīšanas brīža, kā arī apdrošināšanas līguma darbības laikā, pieprasīt un saņemt no trešajām personām – valsts un/vai pašvaldību iestādēm, fiziskām un/vai juridiskām personām, tai skaitā ārstniecības iestādēm jebkuru informāciju un dokumentus, tai skaitā par manu veselības stāvokli un saņemto medicīnisko palīdzību, un veikt no trešajām personām saņemtās informācijas un personas datu, tai skaitā īpašu kategoriju personas datu un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodu apstrādi, kā arī nodod to apstrādei trešajām personām, lai izvērtētu apdrošināšanas risku, pieteikto apdrošināšanas gadījumu un noteiktu izmaksājamās apdrošināšanas atlīdzības apmēru, ievērojot personas datu aizsardzības jomā un citos normatīvajos aktos noteiktās prasības.

Piekrītu saņemt informāciju no Apdrošinātāja arī par citiem Apdrošinātāja un Apdrošinātāja grupas (Vienna Insurance Group AG) sniegtajiem apdrošināšanas pakalpojumiem:

Piekrītu saņemt informāciju no Apdrošinātāja arī par citiem Apdrošinātāja un Apdrošinātāja grupas (Vienna Insurance Group AG) sniegtajiem apdrošināšanas pakalpojumiem: jā nē

Vēlamais informācijas saņemšanas veids: pa e – pastu pa tālruni

Apdrošinātājs apliecina, ka pieteikumā norādītie personas dati, tiks izmantoti tikai atbilstoši to apstrādes mērķim un tam nepieciešamajā apjomā.

Datums Apdrošinātā paraksts Apdrošinājuma paraksta atšifrējums

ŠO SADAĻU AIZPILDA APDROŠINĀTĀJS

Aizpilda apdrošināšanas starpnieks

Vārds,
uzvārds

Aizpilda riska parakstītājs

Standarts

Koeficients:

Datums

Polises nr

Apstiprinu polises izdošanu

Paraksts

Paraksta
atšifrējums