



Zdrowie Dziecka (poważne zachorowania)

Ankieta oceny ryzyka do zawarcia umowy ubezpieczenia ERGO 4

Ankieta ogólna dotycząca stanu zdrowia dziecka

Informacje o Ubezpieczonym

1

Czy w okresie ostatnich 10 lat zdiagnozowano u dziecka, dziecko znajdowało się w szpitalu, klinice lub pod kontrolą lekarza specjalisty w celu leczenia, monitorowania:

<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	choroby serca /układu krążenia lub choroby metabolicznej: choroby niedokrwiennej serca, zawału serca, zaburzeń rytmu serca, wady zastawki serca, niewydolności serca, powiększenia serca, kardiomiopatii, udaru mózgu (w tym przemijającego ataku niedokrwinnego), tętniaka, malformacji naczyniowej, nadciśnienia tętniczego, choroby naczyń lub cukrzyca	choroba niedokrwienności serca zawał serca zaburzenia rytmu serca wada zastawki serca niewydolność serca powiększenie serca kardiomiopatia udar mózgu malformacja naczyniowa tętniak nadciśnienie tętnicze choroby naczyń cukrzyca	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Szczegółowe pytania uzupełniające
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	raka, innego nowotworu złośliwego, choroby krwi (niedokrwistości aplastycznej, białaczki, chłoniaka, szpiczaka, zespołu mielodysplastycznego, niedokrwistości sierpowatokrwinkowej lub talasemii) lub choroby dziedzicznego niedoboru odporności	rak inny nowotwór złośliwy choroba krwi choroba dziedzicznego niedoboru odporności	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Szczegółowe pytania uzupełniające
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	choroby autoimmunologicznej (tocznia rumieniowatego układowego lub reumatoidalnego zapalenia stawów z zajęciem narządów wewnętrznych, choroby tarczycy lub innej choroby autoimmunologicznej)	toczeń rumieniowaty układowy reumatoidalne zapalenie stawów z zajęciem narządów wewnętrznych choroba tarczycy inna choroba autoimmunologiczna	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Szczegółowe pytania uzupełniające
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	zaburzenia psychicznego (depresji, nerwicy, schizofrenii, choroby afektywnej dwubiegunowej, choroby alkoholowej, uzależnienia od narkotyków, próby samobójczej) lub choroby układu nerwowego (padaczki, porażenia, stwardnienia rozsianego, miastenii, choroby Parkinsona lub choroby Alzheimera)	depresja nerwica schizofrenia choroba afektywna dwubiegunowa choroba alkoholowa uzależnienie od narkotyków próba samobójcza padaczka porażenie stwardnienie rozsiane miastenia choroba Parkinsona choroba Alzheimera	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Szczegółowe pytania uzupełniające
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	choroby układu moczopięciowego (wielotorbielatość nerek, przewlekłej niewydolności nerek, choroby leczonej dializami, obustronnej kamicy nerkowej lub przewlekłego zapalenia nerek)	wielotorbielatość nerek przewlekła niewydolność nerek choroba leczona dializami obustronna kamica nerkowa przewlekłe zapalenie nerek	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Szczegółowe pytania uzupełniające
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	choroby układu pokarmowego (przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B lub C, zapalenia trzustki, wrzodziejącego zapalenia jelit, choroby Crohna, marskości wątroby, stwardniającego zapalenia dróg żółciowych, przewlekłej niewydolności wątroby lub zwłóknienia wątroby)	przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C zapalenie trzustki wrzodziejące zapalenie jelit choroba Crohna marskość wątroby stwardniejące zapalenie dróg żółciowych przewlekła niewydolność wątroby zwłóknienie wątroby	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Szczegółowe pytania uzupełniające



Czy w okresie ostatnich 10 lat zdiagnozowano u dziecka/dziecko znajdowało się w szpitalu, klinice lub pod kontrolą lekarza specjalisty w celu leczenia, monitorowania:

<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	choroby układu oddechowego (astmy oskrzelowej, sarkoidozy płuc lub obturacyjnej choroby płuc)	astma oskrzelowa sarkoidoza płuc obturacyjna choroba płuc	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Szczegółowe pytania uzupełniające
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	choroby genetycznej lub wady wrodzonej	choroba genetyczna wada wrodzona	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

2

Czy dziecko przyjmuje leki lub przebywa pod stałą opieką lekarską w związku z jakąś chorobą przewlekłą lub przebywało na zwolnieniu lekarskim przez okres co najmniej 30 dni (w okresie ostatnich 10 lat)?

<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	leki przyjmowane w związku z chorobą przewlekłą		<input type="checkbox"/>	Szczegółowe pytania uzupełniające
	choroba przewlekła będąca powodem przebywania pod stałą opieką lekarską		<input type="checkbox"/>	
	zwolnienie lekarskie powyżej 30 dni		<input type="checkbox"/>	

3

Czy obecnie zamierza Pan/i zasięgać porady lekarskiej, poddać dziecko leczeniu (w tym leczeniu szpitalnemu) lub oczekuje Pan/i na wyniki, bądź wykonanie badań diagnostycznych dziecka?

<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	planowana porada lekarska		<input type="checkbox"/>	Szczegółowe pytania uzupełniające
	planowane badania diagnostyczne		<input type="checkbox"/>	
	planowane leczenie		<input type="checkbox"/>	

4

Czy dziecko uprawia hobby lub sport uznawany za niebezpieczny: nurkowanie, wspinaczka wysokogórska, speleologia, sporty motorowe z udziałem w wyścigach lub rajdach, pilotowanie maszyn powietrznych, spadochroniarstwo, żeglarstwo oceaniczne, sporty walki?

<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	nurkowanie		<input type="checkbox"/>	Szczegółowe pytania uzupełniające
	wspinaczka wysokogórska		<input type="checkbox"/>	
	speleologia		<input type="checkbox"/>	
	udział w wyścigach/rajdach samochodowych		<input type="checkbox"/>	
	udział w wyścigach/rajdach motocyklowych		<input type="checkbox"/>	
	pilotowanie maszyn powietrznych		<input type="checkbox"/>	
	spadochroniarstwo		<input type="checkbox"/>	
	żeglarstwo oceaniczne		<input type="checkbox"/>	
	sporty walki		<input type="checkbox"/>	

5

Czy Pana/i wniosek o ubezpieczenie dziecka na życie, wniosek o ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy lub wniosek o ubezpieczenie na wypadek poważnego zachorowania, złożony w Sopotkim Towarzystwie Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA lub w innym zakładzie ubezpieczeń, został odrzucony, odroczony lub zmieniono Pana/i warunki ubezpieczenia?

<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	wniosek odrzucony		<input type="checkbox"/>	Szczegółowe pytania uzupełniające
	wniosek odroczony		<input type="checkbox"/>	
	zmiana warunków ubezpieczenia		<input type="checkbox"/>	

6

Czy w okresie ostatnich 5 lat zdiagnozowano u dziecka, dziecko znajdowało się w szpitalu, klinice lub pod kontrolą lekarza specjalisty w celu leczenia, monitorowania:

<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	choroby słuchu lub wzroku (głuchota, jaskra, istotna krótkowzroczność lub ślepotą)	głuchota jaskra istotna krótkowzroczność ślepotą	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Szczegółowe pytania uzupełniające
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	choroby mięśni, kości (z wyjątkiem złamań), więzadeł lub stawów (zapalenie kości, zapalenie stawów, dyskopatia lub następstwa nieszczęśliwych wypadków)	zapalenie kości zapalenie stawów dyskopatia następstwo nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Komentarz (pole nieobowiązkowe; przekazane w tym miejscu informacje znajdują się w treści polisy)



* przy zawieraniu umowy ubezpieczenia wyłącznie w zakresie ubezpieczania Global Doctors ankieta medyczna ograniczona jest do pytań zawartych w poniższej sekcji

Informacje o Ubezpieczonym

1

- Tak Nie Czy ubezpieczenie Global Doctors stanowi kontynuację ubezpieczenia Best Doctors lub Global Doctors, w ramach zawartej uprzednio umowy ubezpieczenia z Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA i jednocześnie w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniem Global Doctors nie upłynęło 30 dni od daty zakończenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach wcześniejszej umowy z ubezpieczeniem Best Doctors lub Global Doctors. (Uwaga! Powyższe warunki muszą być spełnione łącznie!). Jednocześnie wyrażam zgodę, aby informacje dotyczące mojej osoby w tym mojego stanu zdrowia podane przeze mnie Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA przy zawieraniu wcześniejszej umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniem Best Doctors/Global Doctors w Kwestionariuszach oceny ryzyka/w Deklaracji zgody w części „Informacje o stanie zdrowia” mogły być wykorzystane przez STUnŻ ERGO Hestię SA w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego i wykonania umowy ubezpieczenia w zakresie obecnie wnioskowanej przeze mnie/zawieranej na mój rachunek umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniem Global Doctors.

2

Czy w ciągu ostatnich 10 lat zdiagnozowano u dziecka lub prowadzono leczenie w związku z następującymi chorobami:

- Tak Nie nowotworem złośliwym, białaczką, chorobą Hodgkina, chłoniakiem, mięsakiem lub czerniakiem
- Tak Nie chorobą krwi lub dziedzicznym niedoborem odporności wymagającym leczenia przez okres dłuższy niż jeden miesiąc, wymagającym regularnego lub ciągłego leczenia innego niż tylko specjalna dieta (niedokrwistością aplastyczną, chłoniakiem, białaczką, szpiczakiem, zespołem mielodysplastycznym, niedokrwistością sierpowatokrwinkową, talasemią)

3

Czy w ciągu ostatnich 10 lat zdiagnozowano u dziecka lub prowadzono leczenie w związku z następującymi chorobami:

- Tak Nie jakkolwiek ze zmian: zmianą przedrakową, guzem o granicznej złośliwości, dysplazją dużego stopnia, poziomem markeru nowotworowego we krwi (PSA) równym 4.0 ng/ml lub wyższym, nieprawidłowością w wymazie z szyjki macicy pod postacią zmiany śródplaskonabłonkowej (HSIL) dużego stopnia (CIN3 +; dużego stopnia dysplazja), nieprawidłowym obrazem mammografii (kategoria BI-RADS 3 lub wyższa), nadczynnością tarczycy, obecnością polipów w jelicie grubym, jelicie cienkim i / lub żołądka, znamieniem, które krwawi, stało się bolesne, zmieniło kolor lub powiększyło swój rozmiar; z wyłączeniem sytuacji w których leczenie zostało w pełni zakończone i nie wymaga dalszego postępowania medycznego
- Tak Nie guzem, guzkiem, torbielą w mózgu lub w strukturach otaczających

4

Tak Nie Czy u któregośkolwiek z naturalnych rodziców dziecka lub rodzeństwa dziecka przed ich 50-ymi urodzinami, zdiagnozowano nowotwór złośliwy jelit, piersi, okrężnicy, jajnika, prostaty, trzustki lub nerek bądź czerniaka?

5

Tak Nie Czy obecnie lub w ciągu ostatnich 6 miesięcy dziecko miało utrzymujące się lub nawracające objawy, które nie zostały jeszcze zdiagnozowane/zgłoszone lekarzowi: guzek w piersi lub w jądrach, krwawienie z odbytu, krew w moczu, nietypowy kaszel, żółtaczkę, niewyjaśnioną utratę wagi, bóle głowy z rosnącą częstotliwością, zaburzenia widzenia (zamglenie/podwójne widzenie, niewyjaśniona utrata wzroku), niewyjaśnione ubytki słuchu, trudności z mową, osłabienie kończyn, napady padaczkowe, napady drgawkowe lub omdlenia lub nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych krwi (morfologii krwi, kreatyniny, enzymów wątrobowych, markerów nowotworowych lub poziomu wapnia)?

6

Tak Nie Czy dziecko jest w trakcie planowania lub zostało umówione na wizytę lekarską (ambulatoryjną lub w szpitalu), której celem jest omówienie, badanie, lub konsultacja w związku z objawami wymienionymi w powyższym pytaniu lub czy obecnie oczekuje Pan/Pani na wyniki jakichkolwiek badań, procedur medycznych lub analiz dotyczących tych nieprawidłowości u dziecka?

7

Tak Nie Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy dziecko było umówione na badanie rezonansem magnetycznym piersi (MRI)? W przypadku, gdy osobą ubezpieczaną jest dziecko płci męskiej prosimy zaznaczyć odpowiedź „NIE”



* przy zawieraniu umowy ubezpieczenia wyłącznie w zakresie ubezpieczenia Global Doctors ankieta medyczna ograniczona jest do pytań zawartych w poniższej sekcji

Informacje o Ubezpieczonym

1

Czy ubezpieczenie Global Doctors stanowi kontynuację ubezpieczenia Best Doctors lub Global Doctors, w ramach zawartej uprzednio umowy ubezpieczenia z Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA i jednocześnie:

Tak Nie

- 1) w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniem Global Doctors nie upłynęło 30 dni od daty zakończenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach wcześniejszej umowy z ubezpieczeniem Best Doctors lub Global Doctors, i
- 2) nie będzie miała miejsca zmiana zakresu ubezpieczenia z Wariantu podstawowego we wcześniejszej umowie z ubezpieczeniem Best Doctors lub Global Doctors na Wariant rozszerzony we wnioskowanej umowie ubezpieczenia? (Uwaga! Wszystkie powyższe warunki muszą być spełnione łącznie!). Jednocześnie wyrażam zgodę, aby informacje dotyczące mojej osoby w tym mojego stanu zdrowia podane przeze mnie Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA przy zawieraniu wcześniejszej umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniem Best Doctors/Global Doctors w Kwestionariuszach oceny ryzyka/w Deklaracji zgody w części „Informacje o stanie zdrowia” mogły być wykorzystane przez STUnŻ ERGO Hestia SA w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego i wykonania umowy ubezpieczenia w zakresie obecnie wnioskowanej przeze mnie/zawieranej na mój rachunek umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniem Global Doctors.

2

Czy w ciągu ostatnich 10 lat zdiagnozowano u dziecka lub prowadzono leczenie w związku z następującymi chorobami:

Tak Nie

- nowotworem złośliwym, białaczką, chorobą Hodgkina, chłoniakiem, mięsakiem lub czerniakiem
- chorobą krwi lub dziedzicznym niedoborem odporności wymagającym leczenia przez okres dłuższy niż jeden miesiąc, wymagającym regularnego lub ciągłego leczenia innego niż tylko specjalna dieta (niedokrwistością aplastyczną, chłoniakiem, białaczką, szpiczakiem, zespołem mielodysplastycznym, niedokrwistością sierpowatokrwinkową, talasemią)
- zmianami naczyniowymi lub zaburzeniami krążenia (udarem mózgu, przemijającym atakiem niedokrwinnym „TIA”, krwotokiem mózgowym, zwężeniem tętnic szyjnych), zaburzeniami w obrębie naczyń krwionośnych mózgowia (malformacją naczyniową, tętniakiem, zakrzepem lub zatorem) w mózgu lub w strukturach otokomózgowych
- postacią choroby serca (zawałem serca, chorobą niedokrwinną serca, zaburzeniami rytmu serca, z wyjątkiem sytuacji nie wymagających postępowania medycznego, wadami zastawek serca, szmerami serca lub gorączką reumatyczną, niewydolnością serca, powiększeniem serca lub kardiomiopatią); może Pan/Pani odpowiedzieć NIE, jeśli dziecko było leczone wyłącznie z powodu wysokiego ciśnienia krwi lub wysokiego poziomu cholesterolu
- cukrzycą; w przypadku, gdy osobą ubezpieczaną jest kobieta, może zostać udzielona odpowiedź NIE, jeśli była/jest Pani leczona tylko na cukrzycę ciążową
- przewlekłą niewydolnością nerek, chorobą leczoną dializami, marskością wątroby lub przewlekłą niewydolnością wątroby lub zwłóknieniem wątroby

3

Czy w ciągu ostatnich 10 lat zdiagnozowano u dziecka lub prowadzono leczenie w związku z następującymi chorobami:

Tak Nie

- jakiegokolwiek ze zmian: zmianą przedrakową, guzem o granicznej złośliwości, dysplazją dużego stopnia, poziomem markeru nowotworowego we krwi (PSA) równym 4.0 ng/ml lub wyższym, nieprawidłowością w wymazie z szyjki macicy pod postacią zmiany śródplaskonabłonkowej (HSIL) dużego stopnia (CIN3+; dużego stopnia dysplazja), nieprawidłowym obrazem mammografii (kategoria BI-RADS 3 lub wyższa), nadczynnością tarczycy, obecnością polipów w jelicie grubym, jelicie cienkim i/lub żołądka, znamieniem, które krwawi, stało się bolesne, zmieniło kolor lub powiększyło swój rozmiar; z wyłączeniem sytuacji w których leczenie zostało w pełni zakończone i nie wymaga dalszego postępowania medycznego
- guzem, guzkiem, torbielą w mózgu lub w strukturach otokomózgowych

4

Tak Nie Czy u któregośkolwiek z naturalnych rodziców dziecka lub rodzeństwa dziecka, przed ich 50-yimi urodzinami, zdiagnozowano chorobę układu sercowo-naczyniowego (zawał serca, pomostowanie aortalno-wieńcowe lub udar mózgu), wielotorbielawatość nerek lub nowotwór złośliwy jelit, piersi, okrężnicy, jajnika, prostaty, trzustki lub nerek bądź czerniaka?

5

Tak Nie Czy obecnie lub w ciągu ostatnich 6 miesięcy dziecko miało utrzymujące się lub nawracające objawy, które nie zostały jeszcze zdiagnozowane/zgłoszone lekarzowi: guzek w piersi lub w jądrach, krwawienie z odbytu, krew w moczu, nietypowy kaszel, żółtaczkę, niewyjaśnioną utratę wagi, bóle głowy z rosnącą częstotliwością, zaburzenia widzenia (zamglenie/podwójne widzenie, niewyjaśniona utrata wzroku), niewyjaśnione ubytki słuchu, trudności z mową, osłabienie kończyn, napady padaczkowe, napady drgawkowe lub omdlenia lub nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych krwi (morfologii krwi, kreatyniny, enzymów wątrobowych, markerów nowotworowych lub poziomu wapnia)?

6

Tak Nie Czy dziecko jest w trakcie planowania lub czy zostało umówione na wizytę lekarską (ambulatoryjną lub w szpitalu), której celem jest omówienie, badanie, lub konsultacja w związku z objawami wymienionymi w powyższym pytaniu lub czy obecnie oczekuje Pan/Pani na wyniki jakiegokolwiek badań, procedur medycznych lub analiz dotyczących tych nieprawidłowości u dziecka?

7

Tak Nie Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy dziecko było umówione na badanie rezonansem magnetycznym piersi (MRI)? W przypadku gdy osobą ubezpieczaną jest dziecko płci męskiej, prosimy o udzielenie odpowiedzi „NIE”.

8

Tak Nie Czy przeszczepiono lub zalecono dziecku przeszczep narządu lub czy obecnie dziecko znajduje się na liście osób oczekujących na przeszczep narządu?

Informujemy, że Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w Sopocie jest administratorem Pana/Pani danych osobowych, które będą przetwarzane w celu objęcia Pana/ Pani ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia na życie ERGO 4. Przysługują Pani/Panu następujące prawa: dostępu do danych osobowych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, przenoszenia danych osobowych, prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, a w przypadku podejmowania decyzji w sposób automatyczny, prawo do otrzymania stosownych wyjaśnień co do podstaw podjętej decyzji, jej zakwestionowania oraz wyrażenia własnego stanowiska lub żądania interwencji człowieka celem ponownej analizy danych oraz uzyskania indywidualnej decyzji. Administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych. Osoba, której dane dotyczą może skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych poprzez formularz na stronie www.ergohestia.pl, pisemnie, na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot lub za pośrednictwem adresu mailowego: iod@ergohestia.pl. Pełna treść Oświadczenia administratora danych osobowych jest dostępna w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na Życie ERGO 4, na stronie <https://www.ergohestia.pl/ochrona-danych-osobowych-rodo/> oraz pod numerem telefonu 800 201 503.