



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 cukrzycy	choroba niedokrwienności serca zawał serca zaburzenia rytmu serca wada zastawki serca niewydolność serca powiększenie serca kardiomiopatia udar mózgu malformacja naczyniowa tętniak nadciśnienie tętnicze choroba 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 (toczenia rumieniowatego układowego lub reumatoidalnego zapalenia stawów z zajęciem narządów wewnętrznych, innej choroby autoimmunologicznej)	toczeń rumieniowaty układowy reumatoidalne zapalenie stawów z zajęciem narządów wewnętrznych inna choroba autoimmunologiczna	<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 Alzheimerera)	depresja nerwica schizofrenia choroba afektywna dwubiegunowa choroba alkoholowa uzależnienie od narkotyków próba samobójcza padaczka porażenie stwardnienie rozsiane miastenia choroba Parkinsona choroba Alzheimerera	<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 moczopłciowego (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 stwardniające 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
---	--	---	--	-----------------------------------



1 cd.	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, orzeczone w stosunku do dziecka częściową lub całkowitą niezdolność do pracy bądź niezdolność do samodzielnej egzystencji lub orzeczonego stopień niepełnosprawności.				
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	leki przyjmowane w związku z chorobą przewlekłą choroba przewlekła będąca powodem przebywania pod stałą opieką lekarską zwolnienie lekarskie powyżej 30 dni		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Szczegółowe pytania uzupełniające
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 planowane badania diagnostyczne planowane leczenie		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Szczegółowe pytania uzupełniające
4	Czy dziecko uprawia hobby lub sport: 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 wspinaczka wysokogórska speleologia udział w wyścigach/rajdach samochodowych udział w wyścigach/rajdach motocyklowych pilotowanie maszyn powietrznych spadochroniarstwo żeglarstwo oceaniczne sporty walki		<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
5	Czy Pana/i wniosek o ubezpieczenie dziecka na życie, o ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy lub wniosek o ubezpieczenie na wypadek poważnego zachorowania, złożony w Sopockim Towarzystwie Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA lub w innym zakładzie ubezpieczeń, został odrzucony, odroczone lub zmieniono Pana/i warunki ubezpieczenia?				
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	wniosek odrzucony wniosek odroczone zmiana warunków ubezpieczenia		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Szczegółowe pytania uzupełniające
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 (głuchoty, jaskry, istotnej krótkowzroczności lub ślepoty)	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 (zapalenia kości, zapalenia stawów, dyskopatii lub następstw 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 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:

- 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 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.

 Tak Nie

2

Czy w okresie 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 był/a / jest Pan/Pani leczony/a 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 u któregokolwiek z naturalnych rodziców dziecka, przed ich 50-ymi urodzinami, zdiagnozowano chorobę układu sercowo-naczyniowego (zawał serca, pomostowanie aortalno-wieńcowe lub udar mózgu), wielotorbielowatość nerek lub nowotwór złośliwy jelit, piersi, okrężnicy, jajnika, prostaty, trzustki lub nerek bądź czerniaka? Tak Nie

4

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)? Tak Nie

5

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 jakichkolwiek badań, procedur medycznych lub analiz dotyczących tych nieprawidłowości? Tak Nie

6

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

7

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