

Додаткова Медична декларація

про стан здоров'я Застрахованої особи, яка є невід'ємною частиною
Договору (Полісу) страхування № від р.

1. Застрахована особа

П.І.Б.	<input type="text"/>
Дата народження	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> р.
Місце роботи / Функціональні обов'язки	<input type="text"/>

2. Запитання

Увага! Просимо детально та повністю відповідати на всі запитання медичної декларації. Запитання до Застрахованої особи (заповнює особа, яка підлягає страхуванню)

1.	Чи маєте Ви на даний момент групу інвалідності або ознаки стійкої непрацездатності?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
2.	Чи знаходитесь Ви на обліку в психоневрологічному, наркологічному, протитуберкульозному, шкірвенерологічному чи інших спеціалізованих диспансерах або центрі профілактики та боротьби зі СНІДом?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
3.	Чи було у Вас діагностовано онкологічне захворювання?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
4.	а) Чи мали (маєте) Ви захворювання або скарги стосовно органів та системи:	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
	б) нервової системи	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
	в) серцево-судинної системи	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
	г) органів дихання	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
	д) кровоносної або лімфатичної системи	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
	е) ендокринної системи, в тому числі діабет	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
	ж) захворювання кісток та суглобів	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
5.	Чи мали (маєте) Ви захворювання або скарги, не вказані вище?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
6.	Чи перенесли Ви будь-які хірургічні операції? Чи маєте фізичні вади або ушкодження?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
7.	Чи пов'язана Ваша робота або захоплення із підвищеним ризиком чи шкідливим впливом на здоров'я (наприклад, робота під землею, з піротехнікою, на ЧАЕС, альпінізм, авто-мотоспорт, парашутний спорт, стрільба тощо)?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
8.	Чи маєте Ви або мали укладений Договір страхування життя, чи подавали заяву на його укладання? Якщо так, вкажіть коли, страхову компанію, розмір страхової суми, строк дії договору страхування?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
9.	Чи є у Вас постійний лікар (лікар, що володіє найбільш точною інформацією про Вас)? Вкажіть, будь-ласка, його П.І.П., адресу медичного закладу та телефон.	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
10.	(для жінок) Чи є Ви на даний момент вагітні?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
11.	Скільки Ви у середньому вживаєте: а) цигарок (за день) <input type="text"/> штук палю протягом <input type="text"/> років; не палю <input type="checkbox"/> б) алкогольних напоїв (за тиждень) пиво <input type="text"/> л, вино <input type="text"/> л, міцні напої <input type="text"/> л, не вживаю <input type="checkbox"/>	
12.	Ваша вага <input type="text"/> (кг), Ваш зріст(см) <input type="text"/> , Артеріальний тиск <input type="text"/> / <input type="text"/> мм.рт.ст.	
13.	Сімейна довідка Застрахованої особи, чи були (в теперішній час) у Ваших близьких родичів наступні захворювання (стани): артеріальна гіпертензія, захворювання серця, інсульти, діабет, спадкові захворювання?	

	Вік, якщо живий	Стан здоров'я	Вік на момент смерті	Причина смерті
Батько Застрахованої особи	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Мати Застрахованої особи	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Брат (кількість)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Сестра (кількість)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

В разі позитивних відповідей, просимо надати детальнішу інформацію. У цьому випадку Страхова компанія залишає за собою право отримати від Застрахованої особи/Страховальника додаткові медичні документи, висновки відповідних спеціалістів, результати медичного обстеження, медичні аналізи, УЗД. Рішення про прийняття Застрахованої особи на Страхування здійснюється тільки після отримання відповідних документів та оцінки андеррайтера.

Висновок андеррайтера

УВАГА! Надання недостовірних даних про стан Вашого здоров'я звільняє Страховика від відповідальності за відповідним страховим випадком. Страховик гарантує зберігання у таємниці всіх вказаних у цій Заяві відомостей стосовно стану Вашого здоров'я.
Я підтверджую, що вся надана мною інформація є вичерпною та вірною. Я не заперечую проти подання Страховиком запитів до лікарів або інших осіб, що мають додаткову інформацію про стан здоров'я Застрахованої особи. З Правилами та умовами страхування ознайомлений(на).
Я даю дозвіл на вчинення Страховиком всіх дій, які відповідно до ЗУ «Про захист персональних даних» є обробкою персональних даних. Я повідомлений про включення наданих мною Страховику персональних даних до бази персональних даних Страховика з метою їх обробки. З Положенням про обробку і захист персональних даних у базах персональних даних, володільцем яких є Страховик, ознайомлений. Страховальник засвідчує, що Вигодонабувач надав згоду на обробку його персональних даних та повідомлений про включення його персональних даних до бази персональних даних.

Дата заповнення « » 20 року

Страховальник

Застрахована особа

(підпис)

(П.І.Б.)

(підпис)

(П.І.Б.)