

АНКЕТА-ЗАЯВЛЕНИЕ на добровольное медицинское страхование

является неотъемлемой частью (Приложение №5) договора страхования (полиса)

Заполните пропуски, отметьте нужное знаком

Прошу заключить со мной договор добровольного медицинского страхования согласно нижеследующей информации:

ДАННЫЕ О СТРАХОВАТЕЛЕ:

Страхователь

Ф.И.О. (для физ. лиц) / наименование организации (для юр. лиц)

Индекс

Адрес

область (край, округ, район), город, улица, дом, корпус, квартира

Гос. рег.№

№ ИНН

E-mail

Для юридических лиц

Для юридических лиц

Пол

М

Ж

Дата рождения

/

/

г.

Паспорт серия

№

выдан

/

/

г.

Телефон моб. 8 ()

Телефон дом. 8 ()

Место работы

Следующая часть заявления заполняется с целью получения исчерпывающей информации о Застрахованном, рисках, связанных с его здоровьем и деятельностью. Если на какой-либо вопрос не получен ответ, заявление считается не заполненным. СПАО «РЕСО-Гарантия» отвечает за абсолютную конфиденциальность сообщенной в настоящей анкете информации.

ДАННЫЕ О ЛИЦЕ, ПРИНИМАЕМОМ НА СТРАХОВАНИЕ

Ф.И.О.

Адрес фактического проживания

Область (край, округ, район), город, улица, дом, корпус, квартира

Пол М

Ж

E-mail

Дата рождения

/

/

г.

Паспорт (св.о рожд): Сер.

№

выдан

/

/

г.

Телефон моб. 8 ()

Гражданство

Телефон дом. 8 ()

Степень родства со страхователем

Страховая программа

указать название ЛПУ или название программы

Амбулаторно-поликлиническая помощь

Экстренная помощь (СМП+Стац.экстр)

Помощь на дому

Ведение беременности

Стоматологическая помощь

Роды

- заявляю, что представленная в анкете информация является исчерпывающей и верной и понимаю, что она может иметь решающее значение при заключении договора страхования и при осуществлении страховых выплат,
- разрешаю любому лечебному учреждению или врачу, имеющих какую-либо информацию о состоянии здоровья Застрахованного, сообщить эту информацию в страховую компанию СПАО «РЕСО-Гарантия»,
- предоставляю страховой компании СПАО «РЕСО-Гарантия» право произвести индивидуальную оценку риска, и, в случае необходимости, предложить мне: изменить условия страхования (в том числе повысить тарифную ставку); предоставить дополнительные данные.
- обязуюсь обо всех изменениях, связанных с моим здоровьем и деятельностью, которые могут существенно повлиять на условия страхования, сообщить в СПАО «РЕСО-Гарантия» в 14-дневный срок с момента получения информации об этих изменениях.
- настоящим подтверждаю свое согласие на обработку СПАО «РЕСО-Гарантия» (далее – Страховщик) моих персональных данных в целях заключения Договора добровольного медицинского страхования, осуществления добровольного медицинского страхования (реализации договора добровольного медицинского страхования), в т.ч. в целях проверки качества оказания медицинских услуг и у регулирования убытков по Договору, администрирования договора, сбора статистической информации и ее анализа, а также в целях исполнения требований действующего законодательства Российской Федерации. Страховщик может осуществлять обработку моих персональных данных в течение действия Договора страхования, а так же в течение 25 (двадцати пяти) лет после прекращения его действия.

Мои персональные данные, в том числе специальные персональные данные, как данные Застрахованного лица включают: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату рождения, паспортные данные или данные другого документа, удостоверяющего личность, адрес проживания/прописки/регистрации, телефоны, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения в медицинские учреждения.

Предоставляю Страховщику право осуществлять все действия с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать мои персональные данные посредством включения их в списки и внесения их в электронные базы Страховщика.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать мои персональные данные, в том числе специальные персональные данные, в медицинские, аптечные и другие учреждения, с которыми у Страховщика имеются договорные отношения, направленные на оказание мне медицинской (фармакологической и иной) помощи в рамках страховой программы, и получать от этих учреждений данные обо мне. При этом я согласен с тем, что работники данных учреждений освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в отношении моих персональных данных. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.


Настоящее согласие дано в момент подписания Договора и действует бессрочно. Я знаю, что имею право в любой момент отозвать своё согласие посредством направления Страховщику соответствующего письменного уведомления, которое должно быть направлено в его адрес заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично по расписке предъявителю Страховщика. Я знаю и согласен с тем, что Страховщик вправе рассматривать указанное уведомление как мое волеизъявление о расторжении договора в отношении меня, в связи с чем я буду снят со страхования по договору не позднее 3 дней с момента получения данного уведомления.

Страхователь принимает на себя ответственность за полноту и правдивость сведений, изложенных о Застрахованном выше.


Страхователю известно, что данное Заявление является юридической основой Договора страхования, и что в пределах данного Договора он несет полную ответственность за точность сведений, содержащихся в Заявлении.

Страхователю известно, что на основании ответов на вопросы данной анкеты о лице, принимаемом на страхование, Страховщик имеет право отказать в заключении договора добровольного медицинского страхования или ввести повышающий коэффициент.

Для лиц старше 14 лет:

	1	Рост	см	Вес	кг
2	Артериальное давление (обычное мм.рт.ст.)		Верхнее	Нижнее	
3	Курит?	Да	Нет	Среднее количество выкуриваемых сигарет в день:	штук

Для лиц от 3х лет и старше:

4	Состоите ли на учете в диспансерах?	
	<i>Если «да», укажите профиль диспансера и причину постановки на учет:</i>	
5	Была ли Вам когда-либо присвоена группа инвалидности? 	
	<i>Если «да», укажите:</i>	
	Причина инвалидности	
	Группа инвалидности	В каком году снята инвалидность
6	Имеете ли вы в настоящий момент какое-либо из нижеперечисленных заболеваний / состояний	
	Апластическая анемия	Почечная недостаточность
	Болезнь Альцгеймера	Психические расстройства и расстройства поведения
	Болезнь Крона	Рассеянный склероз
	Болезнь Паркинсона	Ревматизм
	Гемофилия	Сахарный диабет
	Тугоухость	Частичная потеря зрения
	Гепатит В / в том числе носительство	Туберкулез
	Гепатит С / в том числе носительство	Эпилепсия / Эпилептические припадки
	Печеночная недостаточность	

7 Диагностировалось у Вас когда-либо / есть в настоящий момент одно из нижеперечисленных заболеваний / состояний:

Атеросклероз
Анемия
Бронхиальная астма
Варикозная болезнь
Гломерулонефрит
Дерматологические болезни (экзема, нейродермит, атопический дерматит)
Желчекаменная болезнь
Гипертония (повышенное давление)
Грыжи межпозвоночных дисков
Злокачественные новообразования / опухоли
Инсульт
Ишемическая болезнь сердца / Стенокардия
Лейкоз, лимфогранулематоз
Мочекаменная болезнь
Нарушения сердечного ритма
Нарушение функции щитовидной железы
Остеохондроз позвоночника, радикулит
Пиелонефрит

Травмы / Повреждение костей, суставов и связочного аппарата
Хронические заболевания ЛОР-органов (тонзиллит, синусит)
Черепно-мозговые травмы
Язва желудка или двенадцатиперстной кишки

Вопросы для женщин

Мастопатия (для женщин)
Кисты яичников (для женщин)
Эрозия шейки матки (для женщин)
Гиперплазия эндометрия, полипы эндометрия или цервикального канала (для женщин)
Миома матки (для женщин)
Воспалительные заболевания женских органов (для женщин)

Вопросы для мужчин

Простатит (для мужчин)
Аденома предстательной железы (для мужчин)

8 Вы находились на стационарном лечении за последние 5 лет? Если «да», укажите:

Год	Диагноз	Проведенное лечение в стационаре
-----	---------	----------------------------------

9 Вам приходилось вызывать бригаду скорой помощи за последние 2 года? Если «да», укажите:

Год	Причина вызова
-----	----------------

10 Сколько раз за последние 12 мес. Вы болели ОРВИ (простудой)?



11 Врожденные или приобретенные пороки, аномалии развития органов и систем

Если «да», укажите:

12 Имеете ли Вы стенты, протезы (кроме стоматологических), импланты (кроме стоматологических), металлоконструкции, водители ритма и т.д.? Если «да», укажите какие, когда поставлены:

13 Укажите заболевания, которые у Вас отмечались или отмечаются, но не были указаны выше.

14	Рекомендовано ли Вам стационарное лечение или проведение медицинских исследований и манипуляций в условиях стационара? Если «да», укажите причину (заболевание/состояние):
15	Планируете ли Вы беременность в ближайшие 12 месяцев? (для женщин)
16	Вы занимаетесь каким-либо видом спорта? Если «да», укажите каким именно:
17	Вы обеспокоены состоянием Вашего здоровья в настоящее время? Если «да», укажите что именно Вас беспокоит:

Для детей в возрасте до 3х лет:

18	Возраст матери в родах (полных лет)	лет			
19	Выписка из роддома на	сутки	20	Оценка по шкале Апгар	баллов
21	Была ли патология (осложнения) беременности? Если «да», укажите какая:				
22	Была ли патология (осложнения) родов? Если «да», укажите какая:				
23	Был ли перевод ребенка из родильного дома в другое лечебное учреждение? Если «да», укажите причину (диагноз) и название клиники:				
	Причина перевода (Диагноз)		Название клиники		
24	Какие были роды?	неосложненные (естественные родовые пути) плановое кесарево сечение экстренное кесарево сечение осложненные роды с родоспособными пособиями (наложением родовых щипцов и т.д.)			

Для программ по ведению беременности и родам:

Сколько было беременностей, кроме текущей:	Была ли патология течения беременности? Да Нет
Сколько беременностей закончились родами:	Если да, то какая:
Сколько имеете детей:	Была ли патология родов? Да Нет
Сколько беременностей закончились абортми:	Если да, то какая:
в т.ч. самопроизвольными (выкидыши)	Группа крови:
по медицинским показаниям на поздних сроках	Резус-фактор:
на ранних сроках (до 12 недель)	Резус-фактор отца ребенка:

Служебная информация: (заполняется представителем страховщика)

Представитель страховщика/агент:

Код агента

Тел.

Код агентства

Агентство

Подпись агента _____