

Анкета о состоянии здоровья

1. Данные о состоянии здоровья:

1.1. Сообщите название и адрес Вашей поликлиники (Страхователь): _____

Сообщите название и адрес Вашей поликлиники (Застрахованное лицо): _____

	Страхователь	Застрахованное лицо
1.2. Рост	_____ (см)	_____ (см)
Вес	_____ (кг)	_____ (кг)
Рост, вес изменились за последний год? (если «да», укажите, пожалуйста, причину) _____	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
Артериальное давление	____ / ____ мм рт. ст.	____ / ____ мм рт. ст.

1.3. Ежемесячное потребление алкоголя (укажите, пожалуйста, крепость) _____

1.4. Ежедневное потребление табака _____ (шт. сиг.)

1.5. Являетесь ли Вы инвалидом I, II или III группы, или имеете категорию «ребенок-инвалид», нуждаетесь в постоянном уходе по состоянию здоровья, имеете направление на медико-социальную экспертизу? _____ да нет

Переносили ли Вы или имеете сейчас нижеприведенные заболевания:

1.6. Заболевания органов дыхания? (хронический бронхит, пневмония, бронхиальная астма, эмфизема, туберкулез и др.)	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
1.7. Заболевания сердца и сердечно-сосудистой системы? (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, нарушения сердечного ритма, пороки сердца, ревмокардит, сердечно-сосудистая недостаточность и др.)	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
1.8. Заболевания головного мозга или периферической нервной системы, психические расстройства? (инсульт, энцефалит, менингит, сотрясения или ушибы головного мозга, эпилепсия, психозы и др.)	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
1.9. Заболевания желудочно-кишечного тракта? (язвенная болезнь желудка и/или 12-перстной кишки, гастриты, колиты, цирроз печени, желчно-каменная болезнь и др.)	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
1.10. Заболевания мочеполовой системы? (болезни почек, хронический пиело- или гломерулонефрит и др.)	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
1.11. Травмы, заболевания опорно-двигательного аппарата и соединительных тканей? (остеохондроз, грыжа Шморля, системная красная волчанка, склеродермия и др.)	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
1.12. Заболевания органов слуха и зрения? (хронический отит, тугоухость, близорукость или дальнозоркость более 8 диоптрий, астигматизм, глаукома, катаракта и др.)	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
1.13. Заболевания крови и кроветворных органов? (анемия, лейкомия, лимфогранулематоз, гемофилия и др.)	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
1.14. Венерические заболевания (сифилис и др.), СПИД или ВИЧ-инфекция, вирусный гепатит и другие инфекционные заболевания?	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
1.15. Заболевания эндокринной системы? (тиреотоксикоз, гипотериоз, заболевания гипофиза и надпочечников, сахарный диабет и др.)	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
1.16. Злокачественные или доброкачественные опухоли различных органов?	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
1.17. Проводились ли Вам хирургические вмешательства?	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
1.18. Вопрос только для женщин: беременны ли Вы? _____	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
Укажите, пожалуйста, срок беременности _____ (нед.) Беременность протекает с осложнениями? _____	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
1.19. Страдали ли Ваши родители, братья или сестры, живые или умершие в возрасте до 60 лет, от диабета, рака, инсульта, заболеваний сердца, повышенного давления, заболеваний почек, психических, наследственных заболеваний?	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
1.20. Вы получаете или получали ранее лечебно-консультативную помощь в наркологическом и/или психоневрологическом и/или противотуберкулезном и/или онкологическом диспансере?	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>

2. Дополнительная информация:

Страхователь

Застрахованное лицо

2.1. Имеете ли Вы полисы страхования жизни и здоровья в данной или других страховых компаниях, было ли Ваше заявление на страхование жизни когда-либо отложено на определенное время, отклонено или принято на специальных условиях? Получали ли Вы страховые выплаты?

да нет да нет

2.2. Занимаетесь ли Вы регулярно видами спорта?
Основной вид спорта: _____

да нет да нет

- На профессиональной основе
 На любительской основе

Как часто занимаетесь основным видом спорта: _____ дней в неделю

2.3. Связаны ли Вы с опасными для жизни путешествиями, поездками, экспедициями?
Периодичность поездок _____ в год

да нет да нет

В случае положительных ответов на предыдущие вопросы просьба указать подробности

№ вопроса

Уточнения

Заявляю, что вся указанная в настоящей Анкете информация является полной и достоверной, и согласен (-на), что настоящая Анкета является составной частью Полиса. Я знаю, что не представленные мною сведения об обстоятельствах, влияющих на степень страхового риска, а также заведомо ложные сведения, могут стать основанием для признания Договора страхования недействительным. Я понимаю, что должен (-на) сообщить Страховщику ООО «СК «РГС-Жизнь» обо всех изменениях в роде деятельности, увлечениях и других данных, связанных с увеличением риска смерти. Я даю свое согласие на предоставление медицинскими учреждениями, страховыми организациями, Фондом обязательного медицинского страхования, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» по запросу ПАО «Росгосстрах» и ООО «СК«РГС-Жизнь» документов и заключений, связанных с наступлением страхового случая, содержащих мои персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, включая сведения о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии моего здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, о перечне медицинских учреждений, в которые я обращался за медицинской помощью, и иную информацию, необходимую для решения вопроса о страховой выплате. Я, как законный представитель Застрахованного лица (ребенка), в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие на предоставление медицинскими учреждениями, страховыми организациями, Фондом обязательного медицинского страхования по запросу ПАО «Росгосстрах» и ООО «СК«РГС-Жизнь» документов и заключений, связанных с наступлением с Застрахованным лицом страхового случая, содержащих персональные данные Застрахованного лица и сведения, составляющие врачебную тайну, включая сведения о факте обращения Застрахованного лица за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, о перечне медицинских учреждений, в которые обращалось Застрахованное лицо за медицинской помощью, и иную информацию, необходимую для решения вопроса о страховой выплате. Я предоставляю Страховщику ООО «СК «РГС-Жизнь» право произвести индивидуальную оценку риска, связанного с принятием меня на страхование. Я поставлен (-на) в известность о возможном изменении предлагаемых мне условий страхования в связи с результатом оценки риска. Я согласен (-на) с тем, что Договор страхования будет возобновлен и вступит в силу только после принятия Страховщиком решения о возобновлении Договора страхования, но не ранее уплаты мной страховой премии (первого страхового взноса), что будет подтверждено вручением мне Дополнительного соглашения. Настоящим Страхователь/Застрахованное лицо подтверждает свое согласие на обработку Страховщиком в порядке, установленном возобновляемым Договором страхования и/или Программой страхования, на условиях которых предполагается возобновление Договора, перечисленных в настоящем Заявлении персональных данных Страхователя/Застрахованного лица для осуществления страхования по Договору страхования, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, а также в целях информирования Страхователя/Застрахованного лица о других продуктах и услугах Страховщика, а также передачу персональных данных перестраховочным компаниям и иным третьим лицам для целей перестрахования. Я, Страхователь, подтверждаю свое согласие ООО «СК «РГС-Жизнь» (Страховщик) и лицам, действующим по его поручению, на обработку, в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу перестраховочным компаниям, организациям, оказывающим ассистанские и иные услуги, в том числе и трансграничную передачу, в страны как обеспечивающие адекватную защиту персональных данных, так и не обеспечивающие такую, обезличивание, блокирование, уничтожение любым, не противоречащим российскому законодательству способом, как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств, всех моих персональных данных, указанных в настоящем заявлении или полученных Страховщиком иным законным способом, в том числе данных о состоянии моего здоровья, в целях заключения и исполнения Договора страхования, включая его перестрахование, урегулирования убытков по Договору страхования, администрирования Договора страхования, формирования статистики и систематизации данных, оказания Застрахованному лицу информационно-организационного содействия в получении доступа к системе специализированной медицинской помощи, а также в целях предоставления мне с помощью средств электронной связи – телефону, факсу, мобильной связи, электронной почте, указанных в настоящем заявлении, СМС-сообщений, уведомлений и т.д., информации, связанной с исполнением Договора страхования, и о продуктах, услугах, специальных акциях Страховщика и его партнеров. Данное согласие дается мной на срок действия Договора страхования и на 5 лет после окончания срока его действия и может быть отозвано мной в любой момент времени путем передачи Страховщику письменного уведомления.

Страхователь _____ / _____
подпись _____ ФИО _____

Дата « ____ » _____ 20__ г.

Застрахованное лицо* _____ / _____
подпись _____ ФИО _____

Дата « ____ » _____ 20__ г.

Агент _____ / _____
подпись _____ ФИО _____

Дата « ____ » _____ 20__ г.

*или его законный представитель