

Приложение к Заявлению на выход из редукции договора страхования жизни

№ _____ от _____

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 <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
-----------------------------	------------------------------	-----------------------------	------------------------------

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? да нет

Основной вид спорта: _____

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? да нет да нет

Периодичность поездок _____ в год

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 любых, 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 партнёров, а так же компаний системы «Росгосстрах» и их партнёров. 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