

Приложение к договору
добровольного медицинского
страхования
№ М _____

от " " 201 ____ года

Заключение андеррайтера:

--

Андеррайтер (ФИО, подпись) _____

Дата _____

МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА № _____

Анкета должна быть лично заполнена лицом, принимаемым на страхование, собственноручно подписана, а также содержать собственноручную расшифровку подписи и дату заполнения.

Все поля анкеты являются обязательными к заполнению. Медицинская анкета, заполненная иными лицами или заполненная не полностью, не принимается к рассмотрению.

Порядок заполнения анкеты. Заполняя анкету в электронном виде - удалите неправильный ответ. Заполняя анкету в бумажном виде - проставьте галочки около правильного ответа. Внесите информацию в свободные поля.

Фамилия		
Имя		
Отчество		
Пол:	Дата рождения:	Рост / вес:
Контактный телефон		
Адрес фактического места проживания		
Адрес места работы		

Да	Нет	Был ли у Вас ранее полис добровольного медицинского страхования ООО СК "Альянс Жизнь", ОАО СК "Альянс" или ОАО СК "РОСНО"?
----	-----	---

Имеется ли Вас в настоящее время или имелась в прошлом группа инвалидности?		
Да	Нет	Если "да", укажите группу инвалидности и её причину
Группа инвалидности		
Причина инвалидности		
В каком году снята инвалидность		

За последние 5 лет Вы находились на стационарном лечении?		
Да	Нет	Если "Да", укажите год, диагноз, проведенное лечение и предоставьте копию выписки из стационара
Год	Диагноз	Какое лечение проводили: терапевтическое/хирургическое: название операции?

За последние 5 лет Вам приходилось вызывать бригаду скорой помощи?		
Да	Нет	Если "да", укажите год и причину вызова
Год	Причина вызова	

Отмечали ли Вы у себя в последний год или отмечаются ли в настоящее время:		
Да	Нет	Резкое снижение зрения на один глаз, на оба глаза (подчеркните)
Да	Нет	Преходящее снижение зрения (туман, круги перед глазами)
Да	Нет	Снижение слуха на одно ухо, на оба уха (подчеркните)
Да	Нет	Затрудненное носовое дыхание, заложенность носа, не связанные с простудным заболеванием
Да	Нет	Кашель с мокротой или сухой кашель (подчеркните), не связанный с простудным заболеванием
Да	Нет	Кашель с кровью
Да	Нет	Приступы затрудненного дыхания
Да	Нет	Боль и/или дискомфорт в груди, за грудиной или в области грудной клетки слева
Да	Нет	Одышка при ходьбе или одышка в покое (подчеркните)
Да	Нет	Отеки, проявляющиеся: постоянно, к вечеру, утром (подчеркните)
Да	Нет	Часто повторяющиеся головные боли, мигрень
Да	Нет	Головокружение
Да	Нет	Потерю сознания, обмороки
Да	Нет	Судорожные приступы
Да	Нет	Нарушение чувствительности в конечностях
Да	Нет	Депрессия, длительное тоскливое и подавленное настроение
Да	Нет	Кровоточивость десен при чистке зубов щеткой
Да	Нет	Затруднение при проглатывании пищи
Да	Нет	Повторяющаяся изжога
Да	Нет	Повторяющаяся тошнота, рвота
Да	Нет	Ощущение вздутия и боли в животе
Да	Нет	Непереносимость жирной пищи
Да	Нет	Повторяющаяся диарея (понос)
Да	Нет	Черный стул или стул с кровью
Да	Нет	Желтушное окрашивание кожи и/или белков глаз
Да	Нет	Зуд кожных покровов
Да	Нет	Боли в суставах
Да	Нет	Боли в спине
Да	Нет	Боли в мышцах ног
Да	Нет	Ночные позывы на мочеиспускание
Да	Нет	Вялость струи при мочеиспускании
Да	Нет	Боль, жжение при мочеиспускании
Да	Нет	Мочеиспускание с кровью
Да	Нет	Повышение уровня глюкозы (сахара) в крови

Укажите жалобы, которые у Вас отмечались в последние 12 мес или отмечаются в настоящее время, но не были указаны выше.

Имеются ли у Вас в настоящее время или были ли в течение последних 5 лет следующие заболевания:

Да	Нет	Анафилактический шок, тяжелые аллергические реакции, крапивница (подчеркните)
Да	Нет	Аутоиммунные заболевания, если "Да", какие:
Да	Нет	Повышенное артериальное давление (гипертония). Укажите цифры АД - /
Да	Нет	Ишемическая болезнь сердца (стенокардия)
Да	Нет	Аритмия (нарушение ритма сердца), если "Да", какая:
Да	Нет	Инфаркт миокарда
Да	Нет	Инсульт
Да	Нет	Доброкачественные опухоли, кисты, если "Да", какие:
Да	Нет	Злокачественные онкозаболевания (рак, саркома и т.п.), лейкоз и др. злокачественные заболевания крови, если "Да", укажите какие:
Да	Нет	Болезни кожи, если "Да", какие:
Да	Нет	Сахарный диабет I или II типа (подчеркните)
Да	Нет	Язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки (подчеркните)
Да	Нет	Анемия, если "Да", какая:
Да	Нет	Узловой зоб
Да	Нет	Бронхиальная астма
Да	Нет	Туберкулез
Да	Нет	Хронический бронхит или хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)
Да	Нет	Гепатит А, В, С, D, E, (подчеркните), другой _____.
Да	Нет	Варикозное заболевание вен на одной ноге, на двух ногах (подчеркните)
Да	Нет	Грыжа паховая, пупочная, белой линии живота (подчеркните)
Да	Нет	Искривление носовой перегородки
Да	Нет	Желчекаменная болезнь или калькулезный холецистит
Да	Нет	Колит, дивертикулит, кишечное кровотечение (подчеркните)
Да	Нет	Геморрой
Да	Нет	Мочекаменная болезнь
Да	Нет	Пиелонефрит одной почки, обеих почек (подчеркните)
Да	Нет	Гломерулонефрит
Да	Нет	Остеохондроз позвоночника, радикулит
Да	Нет	Грыжи межпозвоночных дисков
Да	Нет	Повреждение менисков или связок коленного сустава
Да	Нет	Заболевания и травмы других суставов, если "Да", каких:
Да	Нет	Простатит (для мужчин)
Да	Нет	Аденома (гиперплазия) предстательной железы (для мужчин)
Да	Нет	Мастопатия (для женщин)
Да	Нет	Киста яичника (для женщин)
Да	Нет	Эрозия шейки матки (для женщин)
Да	Нет	Гиперплазия эндометрия, полипы эндометрия или цервикального канала (для женщин)
Да	Нет	Эндометриоз (для женщин)
Да	Нет	Миома матки (для женщин)
Да	Нет	Воспалительные заболевания женских органов (для женщин), какие:
Да	Нет	Пародонтит, пародонтоз
Да	Нет	Приобретенные пороки органов и систем, если "Да", какие:
Да	Нет	Врожденные пороки, аномалии развития органов и систем, если "Да", какие:

Укажите заболевания, которые у Вас отмечались в последние 5 лет или отмечаются в настоящее время, но не были указаны выше.

Подробнее опишите заболевания, которые Вы указали выше, включая точный диагноз, год постановки диагноза, проводившееся лечение: терапевтическое или хирургическое, укажите название операции.

Укажите врачей, к которым Вы обращались за последние 6 месяцев и причину консультаций.

Дата	Специализация врача	Причина консультации

Находитесь ли Вы в данный момент под наблюдением врачей и проводится ли Вам какое-либо лечение?

Да	Нет	Если "да", укажите заболевание и рекомендованное лечение

Назначены Вам или принимаете ли Вы регулярно какие-либо лекарства?

Да	Нет	Если "да", укажите название лекарства

Рекомендовано ли Вам стационарное лечение или проведение медицинских исследований и/или манипуляций в условиях стационара?

Да	Нет	Если "да", укажите точный диагноз и рекомендованное лечение, <u>предоставьте выписной эпикриз</u>

Вам проводилась коронарография?

Да	Нет	Если "да", укажите год проведения, заключение и рекомендации врача после коронарографии

Вам рекомендовано проведение коронарографии?

Проходите ли Вы лечение на данный момент или проходили ли в прошлом курс лечения от алкоголизма или наркомании?

Да	Нет	Если "да", уточните
Употребляете ли Вы алкоголь регулярно?		
Да	Нет	Если "да", уточните вид и количество
Вы курите или курили когда-либо?		
Да	Нет	Если "да", уточните количество сигарет в день и срок

Какую программу страхования и медицинские учреждения Вы выбрали?			
Программа страхования			Название медицинского учреждения
Да	Нет	Амбулаторно-поликлиническое обслуживание	
Да	Нет	Вызов врача на дом	
Да	Нет	Стоматологическое обслуживание	
Да	Нет	Вызов бригады скорой помощи	
Да	Нет	Стационарное обслуживание	

Я подтверждаю, что настоящая анкета заполнена мною лично, все вопросы мне понятны, и на все вопросы мною даны верные и полные ответы, в соответствии с имеющейся у меня информацией. Я информирован(а) и согласен(на) с тем, что в случае предоставления в анкету недостоверной информации, сокрытии данных о состоянии моего здоровья, ООО СК «Альянс Жизнь» вправе расторгнуть договор страхования в одностороннем порядке и/или отказать в страховой выплате, организации и оплате медицинских услуг. Я подтверждаю, что действую от своего имени и не имею бенефициарного владельца.

Я информирован(а) и согласен(на) с тем, что при приеме на страхование ООО СК «Альянс Жизнь» проводит индивидуальную оценку рисков и вправе определить индивидуальные условия договора и размер страховой премии, а также отказать в приеме на страхование, не объясняя причины.

Я разрешаю администрации медицинского учреждения, имеющего информацию о состоянии моего здоровья, диагнозе, проведенном лечении, предоставлять ее по требованию в ООО СК "Альянс Жизнь". Я разрешаю ООО СК "Альянс Жизнь" использовать эту информацию только для решения вопросов, связанных с исполнением договора добровольного медицинского страхования.

В соответствии с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» (далее «ФЗ»), Страхователь выражает свое согласие Страховщику - ООО СК «Альянс Жизнь», адрес: 115184, г. Москва, Озерковская набережная, д. 30 на смешанную (автоматизированную и неавтоматизированную) обработку (включая все действия, перечисленные в ст. 3 ФЗ) своих персональных данных и персональных данных Застрахованных, указанные в заявлении на страхование/договоре (полисе) страхования и иных документах, представленных при заключении договора (полиса) страхования, в целях надлежащего исполнения и /или заключения договора страхования, организации оказания медицинских услуг, включения персональных данных в информационную систему персональных данных (клиентскую базу данных группы компаний Альянс/Allianz) и информирования Застрахованных о факте их прикрепления к договору страхования в качестве застрахованных лиц, в том числе - по мобильному телефону (включая смс-рассылку) и по электронной почте. Гарантирую, что передача персональных данных Застрахованных Выгодоприобретателей, информацию о номерах телефонов и адресах электронной почты указанных лиц, в пользу Страховщика происходит с их письменного согласия. Также выражаю согласие на обработку (включая все действия, перечисленные в ст. 3 ФЗ, в том числе передачу от Страховщика в пользу группы компаний Альянс/Allianz, включая, но не ограничиваясь компанией – Открытое акционерное общество Страховая компания «Альянс», находящейся по адресу: Российская Федерация, 115184, г. Москва, Озерковская набережная, д. 30) своих персональных данных и персональных данных иных вышеперечисленных лиц, указанных в заявлении на страхование/договоре (Полисе) страхования и других документах, представленных при заключении договора (Полиса) страхования, в целях исполнения договора страхования

Передача персональных данных происходит с соблюдением всех необходимых процедур и согласований, в строгом соответствии с действующим законодательством. Настоящее согласие действительно в течение срока действия договора (Полиса) страхования и в течение 10 лет после окончания действия Договора (Полиса) страхования. Настоящее согласие на обработку персональных данных может быть отозвано Страхователем/Застрахованным посредством направления письменного уведомления в адрес ООО СК «Альянс Жизнь».

Дата " ____ " _____ 201 ____ года

Подпись принимаемого
на страхование: _____

_____ *расшифровка подписи (инициалы, фамилия)*