

Приложение к договору
добровольного медицинского страхования
№ М _____
от " _____ " _____ 200 ____ года

Заключение андеррайтера:

--

Андеррайтер (ФИО, подпись) _____

Дата _____

МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА № _____
(для детей)

Анкета должна быть заполнена одним из родителей или иным законным представителем застрахованного, собственноручно подписана, а также содержать собственноручную расшифровку подписи и дату заполнения. Все поля анкеты являются обязательными к заполнению. Медицинская анкета, заполненная не полностью, не принимается к рассмотрению.

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

Фамилия	
Имя	
Отчество	
Пол	
Дата рождения	
Контактный телефон	
Адрес фактического места проживания	

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

Да	Нет	Ребенок посещает школу или детский сад?
----	-----	--

Имеется ли у ребенка инвалидность?		
Да	Нет	Если "да", укажите её причину

Причина инвалидности

Ребенку проведены все профилактические прививки соответственно возрасту?

Да	Нет	Если "нет", укажите какие и причины (медицинские отводы с указанием диагноза, нежелание родителей и т.п.)
----	-----	---

За последние 5 лет находился ли ребенок на стационарном лечении?

Да	Нет	Если "Да", укажите год, диагноз, проведенное лечение и предоставьте копию выписки из стационара	
Год		Диагноз	Проведенное лечение в стационаре

За последние 5 лет приходилось ли вызывать к ребенку бригаду скорой помощи?

Да	Нет	Если "да", укажите год и причину вызова
Год		Причина вызова

Отмечаются ли у ребенка в настоящее время или отмечались в течение последних 5 лет следующие заболевания (состояния):

Да	Нет	Анафилактический шок
Да	Нет	Аллергия, если "Да", какая (высыпания, крапивница, отек Квинке):
Да	Нет	Вегето-сосудистая дистония
Да	Нет	Сахарный диабет
Да	Нет	Бронхиальная астма
Да	Нет	Гепатит А, В, С, D, Е (подчеркните), другой : _____.
Да	Нет	Грыжа паховая, пупочная, белой линии живота (подчеркните)
Да	Нет	Дискинезия желчевыводящих путей
Да	Нет	Пиелонефрит
Да	Нет	Пузырно-мочеточниковый рефлюкс
Да	Нет	Фимоз
Да	Нет	Отит, если "Да", сколько раз за последние 5 лет:
Да	Нет	Тонзиллит, если "Да", сколько раз за последние 5 лет:
Да	Нет	Гайморит, если "Да", сколько раз за последние 5 лет:
Да	Нет	Увеличение аденоидов, если "Да", какой степени: 1, 2, 3, 4 (подчеркните)
Да	Нет	Дисплазия тазобедренных суставов
Да	Нет	Эпилепсия
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 отмечались у ребенка 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 обращались с ребенком за последние 6 месяцев и причину консультаций.

Дата	Специализация врача	Причина консультации

Находится ли ребенок в данный момент под наблюдением врачей и проводится ли какое-либо лечение?

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

Назначены ребенку или принимает ли ребенок регулярно какие-либо лекарства?

Да	Нет	Если "да", укажите название лекарства
----	-----	---------------------------------------

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

Да	Нет	Если "да", укажите точный диагноз, рекомендованное лечение и предоставьте выписной эпикриз
----	-----	--

Занимается ли ребенок каким-либо видом спорта?

Да	Нет	Если "да", укажите каким именно
----	-----	---------------------------------

Да Нет Вы обеспокоены состоянием здоровья вашего ребенка в настоящее время?

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНО

для детей младше трех лет

		Укажите вес ребенка при рождении (в граммах)
		Укажите рост ребенка при рождении (в см)
Да	Нет	Ребенок закричал сразу
Да	Нет	В роддоме сделана прививка против гепатита В (если "нет" - укажите причину)
Да	Нет	В роддоме сделана прививка БЦЖ (если "нет" - укажите причину)
Да	Нет	Ребенок родился здоровым (если "нет" - укажите заболевания, выявленные в роддоме)

Да	Нет	Из роддома ребенок выписан домой (если "нет" - укажите стационар, куда был переведен)
----	-----	---

Укажите заболевания, которые ребенок перенес до 1 года.		

Были ли выполнены ребенку следующие прививки?		
Да	Нет	БЦЖ
Да	Нет	Против гепатита В
Да	Нет	АКДС (против коклюша, дифтерии и столбняка)
Да	Нет	Против кори
Да	Нет	Против краснухи
Да	Нет	Против эпидемического паротита

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 анкете недостоверной информации, сокрытия данных о состоянии 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 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 и /или заключения 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 посредством направления письменного уведомления в адрес ООО СК «Альянс Жизнь».

Фамилия Имя Отчество (полностью) законного представителя застрахованного и отношение к застрахованному: отец/мать:

Дата " ____ " _____ 201 ____ года

Подпись _____

_____ *расшифровка подписи (инициалы, фамилия)*