



Анкета о состоянии здоровья

Страхователь

Место работы:

Должность (профессия):

Характер деятельности:

Застрахованное лицо

Место работы:

Должность (профессия):

Характер деятельности:

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 и количество) _____	_____	(шт. сиг.)	_____	(шт. сиг.)
1.4. Ежедневное потребление табака _____	_____	(шт. сиг.)	_____	(шт. сиг.)
1.5. Вы употребляете или Вы употребляли раньше наркотические, токсические, психотропные вещества без предписания врача? _____	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
1.6. Являетесь ли Вы инвалидом I, II или III группы, или имеете категорию «ребёнок-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"/>
1.7. В настоящее время Вы находитесь на стационарном, амбулаторном лечении или обследовании? _____	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
Переносили ли Вы или имеете сейчас нижеприведённые заболевания:				
1.8. Заболевания органов дыхания? (хронический бронхит, пневмония, бронхиальная астма, эмфизема, туберкулёз и др.) _____	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
1.9. 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"/>
1.10. 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"/>
1.11. Заболевания желудочно-кишечного тракта? (язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной 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"/>
1.12. 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"/>
1.13. 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"/>
1.14. Заболевания органов слуха и зрения? (хронический отит, тугоухость, близорукость или дальнозоркость более 6 диоптрий, астигматизм, глаукома, катаракта и др.) _____	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
1.15. Заболевания крови и кроветворных органов? (анемия, лейкемия, лимфогранулематоз, гемофилия и др.) _____	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
1.16. 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"/>
1.17. Заболевания эндокринной системы? (тиреотоксикоз, гипотиреоз, заболевания гипофиза и надпочечников, сахарный диабет и др.) _____	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
1.18. Злокачественные или доброкачественные опухоли различных органов? _____	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
1.19. Проводились ли Вам хирургические вмешательства? _____	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
1.20. 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"/>
1.21. Страдали ли от диабета, рака, инсульта, заболеваний сердца, повышенного давления, заболеваний почек, психических, наследственных заболеваний Ваши родители, братья или сестры, живые или умершие в возрасте до 60 лет? _____	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>

1.22. Состояли или состоите ли Вы на учете, получаете или получали ранее лечебно-консультативную помощь в наркологическом и/или психоневрологическом и/или противотуберкулезном и/или онкологическом диспансере?..... да нет да нет

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?..... | да <input type="checkbox"/> | нет <input type="checkbox"/> | да <input type="checkbox"/> | нет <input type="checkbox"/> |
| 2.2. Получали ли Вы страховые выплаты? | да <input type="checkbox"/> | нет <input type="checkbox"/> | да <input type="checkbox"/> | нет <input type="checkbox"/> |
| 2.3. Занимаетесь ли Вы регулярно видами спорта? | да <input type="checkbox"/> | нет <input type="checkbox"/> | да <input type="checkbox"/> | нет <input type="checkbox"/> |
| Основной вид спорта: _____ | | | | |
| <input type="checkbox"/> На профессиональной основе <input type="checkbox"/> На любительской основе | | | | |
| Как часто занимаетесь основным видом спорта: _____ дней в неделю | | | | |
| 2.4. Имеете ли Вы хобби/увлечение, которое можно отнести к категории опасных/экстремальных? | да <input type="checkbox"/> | нет <input type="checkbox"/> | да <input type="checkbox"/> | нет <input type="checkbox"/> |
| 2.5. Связаны ли Вы с опасными для жизни путешествиями, поездками, экспедициями?...да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> | да <input type="checkbox"/> | нет <input type="checkbox"/> | да <input type="checkbox"/> | нет <input type="checkbox"/> |
| 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 «Капитал Лайф Страхование Жизни» обо всех изменениях в роде деятельности, увлечениях и других данных, связанных с увеличением страхового риска.

Я даю своё 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 ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» 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 (ребёнка), 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 своё согласие на предоставление медицинскими учреждениями, страховыми организациями, Фондом обязательного медицинского страхования по запросу ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» 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 «Капитал Лайф Страхование Жизни» 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 действовать только после принятия Страховщиком решения о новых условиях, 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 Договором страхования и/или Программой страхования, на условиях которых заключен Договор, перечисленных в настоящей Анкете 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 передаче персональных данных перестраховочным компаниям и иным третьим лицам для целей перестрахования.

Я, Страхователь, подтверждаю своё согласие ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» (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 настоящей Анкете 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 – телефона, факса, мобильной связи, электронной почты, СМС-сообщений, уведомлений и т. д., информации, связанной с исполнением Договора страхования, и о продуктах, услугах, специальных акциях Страховщика и его партнёров.

Данное согласие даётся мной на срок действия Договора страхования и на 5 лет после окончания срока его действия и может быть отозвано мной в любой момент времени путём передачи Страховщику письменного уведомления.

Страхователь	_____ / _____	Дата « ____ » _____ 20__ г.
	подпись Ф.И.О.	
Застрахованное лицо*	_____ / _____	Дата « ____ » _____ 20__ г.
	подпись Ф.И.О.	
Представитель Страховщика	_____ / _____	Дата « ____ » _____ 20__ г.
	подпись Ф.И.О.	

*или его законный представитель