



Медицинская анкета (страхование выезжающих за рубеж или путешествующих по территории РФ)

Заполняется лично Застрахованным лицом / официальным законным представителем Застрахованного лица

ВНИМАНИЕ! Все поля медицинской анкеты являются обязательными к заполнению. Медицинская анкета, заполненная не полностью, не может быть основанием для расчёта индивидуального тарифа. Если какой-то вопрос для Вас не понятен, то укажите это в соответствующем поле ответа на вопрос. Заполненную анкету необходимо направить по адресу электронной почты medo@kaplife.ru

Пожалуйста, соблюдайте следующий порядок заполнения анкеты:
введите ответы в соответствующие поля; отметьте знаком «X» в полях правильный выбор.

Ф.И.О. Застрахованного лица: _____

Место работы: _____

Должность: _____

Дата рождения: г. Пол: мужской женский Рост: см Вес: кг

Адрес электронной почты (e-mail):

Мобильный телефон: +7

Сроки поездки: с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г.

Страна поездки: _____ Цель поездки: _____

Совершали ли Вы выезды за рубеж в последние 3 года с заключением договора страхования выезжающих за рубеж: да нет

Укажите страны, в которых Вы бывали за последние 3 года (при страховании выезжающих за рубеж): _____

Будет ли у Вас сопровождающий в поездке? да нет

Если будет сопровождающий, то кто (степень родства, знакомства или должность)? _____

Дата рождения сопровождающего: г.

Имеется ли у Вас в настоящее время или имелась в прошлом группа инвалидности? да нет

Если «да», укажите, пожалуйста, группу инвалидности и её причину:

Группа инвалидности: _____ Диагноз: _____

В каком году установлена инвалидность? г. В каком году снята инвалидность? г.

Вследствие чего возникло заболевание, по которому установлена инвалидность? _____

Укажите, пожалуйста, все медицинские учреждения, их названия и адреса, Ф.И.О. лечащих врачей, в которых Вы наблюдались (обращались за оказанием медицинских услуг) в течение последних 5 лет и наблюдаетесь в настоящее время (по месту жительства, по месту работы, у личного доктора, в частном медицинском учреждении)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> районная поликлиника | <input type="checkbox"/> онкологический диспансер | <input type="checkbox"/> наркологический диспансер |
| <input type="checkbox"/> ведомственная поликлиника | <input type="checkbox"/> физкультурный диспансер | <input type="checkbox"/> дерматовенерологический диспансер |
| <input type="checkbox"/> коммерческий медицинский центр | <input type="checkbox"/> психоневрологический диспансер | <input type="checkbox"/> противотуберкулезный диспансер |
| Название | Адрес | Ф.И.О. лечащего врача |

Название	Адрес	Ф.И.О. лечащего врача

Проходили ли Вы курс лечения по поводу каких-либо заболеваний в течение последних 6 месяцев? да нет

Если «да», укажите, пожалуйста, диагноз, проведенное лечение (медикаментозное, хирургическое, физиотерапевтическое), результат лечения (полное выздоровление, стихание симптомов при хроническом заболевании, остаточные явления):

Диагноз	Проведенное лечение	Результат лечения

Отмечаются ли у Вас в настоящее время какие-либо заболевания (острые, хронические)? да нет

Если «да», укажите, пожалуйста, полный диагноз и отметьте остроту процесса (острое заболевание, хроническое заболевание):

Диагноз: _____

Отмечались ли у Вас в течение последних 5 лет какие-либо заболевания? да нет

Если «да», укажите, пожалуйста, год, полный диагноз, остроту процесса (острое, хроническое), отметьте тип и вид проведенного лечения (амбулаторное, стационарное; медикаментозное, хирургическое, физиотерапевтическое):

Отметьте проведенный вид лечения:

Год	Диагноз	Отметьте проведенный вид лечения:		
		Амбулаторное	Стационарное	Медикаментозное
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Были ли у Вас травмы в течение последних 5 лет? да нет

Если «да», укажите, пожалуйста, год, вид травмы/диагноз, наличие осложнений, наличие остаточных явлений/жалоб в настоящее время:

Год	Диагноз / вид травмы	Остаточные явления в настоящее время
		(если «да», опишите симптомы)

Принимаете ли Вы какие-либо лекарственные препараты в настоящее время? да нет

Если «да», укажите, пожалуйста, название препарата, дозировку и кратность приема:

Название препарата	Дозировка и кратность приема

Укажите, пожалуйста, цифры Вашего артериального давления (максимального, минимального):

Максимальное / мм рт. ст. Минимальное / мм рт. ст.

Страховщик на основании полученной из анкеты информации оставляет за собой право сделать дополнительное уточнение для необходимой оценки риска.

Подписывая настоящую Анкету, я, _____, _____
Ф.И.О. лица, заполняющего настоящую анкету

- подтверждаю, что все ответы на вопросы настоящей анкеты являются правдивыми и содержат полную информацию;
- подтверждаю, что я проинформирован(а) о том, что в случае предоставления Страховщику заведомо ложных сведений, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в соответствии с п.3 ст. 944 ГК РФ;
- разрешаю любому врачу или лечебному учреждению, имеющим какую-либо информацию о состоянии здоровья Застрахованного лица, сообщить эту информацию в ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни»;
- предоставляю ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» право произвести индивидуальную оценку риска, и в случае необходимости предложить мне: изменить условия страхования, пройти медицинское обследование или предоставить дополнительную информацию.

Застрахованное лицо /
Законный представитель
Застрахованного лица

_____ / _____
подпись Ф.И.О.

Дата «___» _____ 20__ г.