



## 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
<b>1.2. Рост</b>	_____ (см)	_____ (см)
<b>Вес</b>	_____ (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"/>
<b>Артериальное давление</b>	____ / ____ мм рт. ст.	____ / ____ мм рт. ст.
<b>1.3. Ежемесячное потребление алкоголя</b> _____	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
Вид, крепость _____	_____	_____
Количество литров в месяц _____	_____	_____
<b>1.4. Ежедневное потребление табака, электронные сигареты</b> _____	_____ (шт. сиг.)	_____ (шт. сиг.)
<b>1.5. Вы употребляете или Вы употребляли раньше наркотические, токсические, психотропные вещества без предписания врача?</b> _____	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
<b>1.6. Являетесь ли Вы инвалидом I, II или III группы, инвалидом детства или имеете категорию «ребёнок-инвалид»? Нуждаетесь в постоянном уходе по состоянию здоровья, имеете направление на медико-социальную экспертизу?</b> _____	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
<b>1.7. Вы состоите или состояли ранее на учете в наркологическом и/или психоневрологическом, и/или противотуберкулезном, и/или онкологическом диспансере? Получаете или получали ранее лечебно-консультативную помощь нарколога, фтизиатра, психиатра/ психоневролога, онколога?</b> _____	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
<b>1.8. В настоящее время Вы находитесь на стационарном, амбулаторном лечении или обследовании?</b> _____	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
<b>Переносили ли Вы или имеете сейчас нижеприведённые заболевания:</b>		
<b>1.9. Заболевания органов дыхания? (хронический бронхит, пневмония, бронхиальная астма, эмфизема, туберкулёз и др.)</b> _____	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
<b>1.10. Заболевания сердца и сердечно-сосудистой системы? (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, нарушения сердечного ритма, пороки сердца, ревмокардит, сердечно-сосудистая недостаточность и др.)</b> _____	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
<b>1.11. Заболевания головного мозга или периферической нервной системы, психические расстройства? (инсульт, энцефалит, менингит, сотрясения или ушибы головного мозга, эпилепсия, психозы, рассеянный склероз и др.)</b> _____	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
<b>1.12. Заболевания желудочно-кишечного тракта? (язвенная болезнь желудка и/или 12-перстной кишки, гастриты, колиты, цирроз печени, желчно-каменная болезнь и др.)</b> _____	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
<b>1.13. Заболевания мочеполовой системы: болезни почек и мочевыводящих путей (мочекаменная болезнь, хронический пиело- или гломерулонефрит и др.), гинекологические, урологические заболевания?</b> _____	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
<b>1.14. Травмы, заболевания опорно-двигательного аппарата, соединительной ткани, кожные заболевания? (остеохондроз, грыжа Шморля, деформирующий спондилёз, системная красная волчанка, склеродермия, псориаз и др.) Нарушения функции движения?</b> _____	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
<b>1.15. Заболевания органов слуха и зрения? (хронический отит, тугоухость, близорукость, дальнозоркость, астигматизм, глаукома, катаракта и др.)</b> _____	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
<b>1.16. Заболевания крови и кроветворных органов? (анемия, лейкомия, лимфогранулематоз, гемофилия и др.)</b> _____	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
<b>1.17. Венерические заболевания (сифилис и др.), СПИД или ВИЧ-инфекция, вирусный гепатит, COVID-19 и другие инфекционные заболевания?</b> _____	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
<b>1.18. Заболевания эндокринной системы? (тиреотоксикоз, гипотиреоз, заболевания гипофиза и надпочечников, сахарный диабет и др.)</b> _____	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
<b>1.19. Злокачественные или доброкачественные новообразования различных органов?</b> _____	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>

- 1.20.** Проводились ли Вам хирургические вмешательства? ..... да  нет  да  нет
- 1.21.** Вопрос только для женщин:  
беременны ли Вы? ..... да  нет  да  нет
- Укажите, пожалуйста, срок беременности \_\_\_\_\_ (нед.)  
Беременность протекает с осложнениями? ..... да  нет  да  нет
- 1.22.** 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  нет  да  нет

## 2. Дополнительная информация:

- |   | <b>Страхователь</b> |                          | <b>Застрахованное лицо</b> |                          |    |                          |     |                          |
|---|---------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|----|--------------------------|-----|--------------------------|
| <b>2.1.</b> Имеете ли Вы полисы страхования жизни и здоровья в данной или других страховых компаниях? .....   | да                  | <input type="checkbox"/> | нет                        | <input type="checkbox"/> | да | <input type="checkbox"/> | нет | <input type="checkbox"/> |
| <b>2.2.</b> 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"/> |
| <b>2.3.</b> Получали ли Вы страховые выплаты? .....   | да                  | <input type="checkbox"/> | нет                        | <input type="checkbox"/> | да | <input type="checkbox"/> | нет | <input type="checkbox"/> |
| <b>2.4.</b> Занимаетесь ли Вы регулярно спортом? .....  | да                  | <input type="checkbox"/> | нет                        | <input type="checkbox"/> | да | <input type="checkbox"/> | нет | <input type="checkbox"/> |
| Основной вид спорта: _____  |                     |                          |                            |                          |    |                          |     |                          |
| Как часто занимаетесь основным видом спорта: _____ дней в неделю  |                     |                          |                            |                          |    |                          |     |                          |
| <input type="checkbox"/> На профессиональной основе <input type="checkbox"/> На любительской основе   |                     |                          |                            |                          |    |                          |     |                          |
| Участие в соревнованиях на любительском или профессиональном уровне .....   |                     |                          |                            |                          |    |                          |     |                          |
| <b>2.5.</b> 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"/> |
| <b>2.6.</b> 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"/> |
| Периодичность поездок _____ в год   |                     |                          |                            |                          |    |                          |     |                          |
| Страны _____ Цель поездок _____   |                     |                          |                            |                          |    |                          |     |                          |

**В случае положительных ответов на предыдущие вопросы просьба указать подробности (при необходимости используйте дополнительный лист):**

№ 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 степени страхового риска.

Я даю свое согласие на предоставление медицинскими учреждениями, страховыми организациями, Фондом обязательного медицинского страхования, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 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 (ребенка), в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 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 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 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 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 передачу персональных данных перестраховочным компаниям и иным третьим лицам для целей перестрахования.

Я, Страхователь, подтверждаю свое 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 данных, 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 – телефону, факсу, мобильной связи, электронной почте, указанных в настоящей Анкете, СМС-сообщений, уведомлений и т.д., информации, связанной с исполнением Договора страхования, и о продуктах, услугах, специальных акциях Страховщика и его партнеров. 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	_____ / _____	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