

### Декларація про стан здоров'я Застрахованої особи - Заява на страхування

Страховик зобов'язується не розголошувати інформацію щодо стану здоров'я Застрахованої особи!

Прошу укласти Договір добровільного медичного страхування на користь:

П.І.Б. Застрахованої особи (повністю):

Дата народження

ПІН

Серія Паспорту

номер

Ким виданий і дата видачі

Дата народження

Адреса фактичного проживання

Стать

чоловіча  жіноча

телефон

Місце роботи?

Зріст (см.)

Вага (кг.)

Артеріальний тиск (мм.рт.ст.)

Бажана Програма страхування

Бажана страхова сума (грн.)

#### Детальний опис стану здоров'я та захворювань Застрахованої особи

##### Сімейний анамнез:

Чи мали (мають) близькі родичи(батьки, брати, сестри) зазначені хвороби ?	<input type="checkbox"/> хвороби серця	<input type="checkbox"/> бронхіальна астма	<input type="checkbox"/> підвищений артеріальний тиск
	<input type="checkbox"/> цукровий діабет	<input type="checkbox"/> виразкова хвороба	<input type="checkbox"/> інше (зазначити) _____
	<input type="checkbox"/> туберкульоз	<input type="checkbox"/> онкологічні хвороби	<input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> не знаю
Спадкові захворювання (та порушення хромосомного набору) та/або вродженні аномалії розвитку	<input type="checkbox"/> муковісцидоз	<input type="checkbox"/> хв. Дауна	<input type="checkbox"/> інше (зазначити) _____
	<input type="checkbox"/> амілоїдоз	<input type="checkbox"/> ні	<input type="checkbox"/> не знаю
Ваші захоплення	<input type="checkbox"/> активні види спорту	<input type="checkbox"/> ні	
	<input type="checkbox"/> інше ( зазначити ) _____		

##### Чи були діагностовані у Вас наступні стани та захворювання?

Нервової системи	<input type="checkbox"/> вегетосудинна дистонія	<input type="checkbox"/> непритомність	<input type="checkbox"/> судоми або оніміння кінцівок
	<input type="checkbox"/> інсульт	<input type="checkbox"/> енцефалопатія	<input type="checkbox"/> психічні захворювання
	<input type="checkbox"/> черепно-мозкова травма	<input type="checkbox"/> епілепсія	<input type="checkbox"/> ні
	<input type="checkbox"/> інше ( зазначити ) _____		
Системи дихання	<input type="checkbox"/> бронхіальна астма	<input type="checkbox"/> туберкульоз	<input type="checkbox"/> ні
	<input type="checkbox"/> довготривалий кашель	<input type="checkbox"/> інше ( зазначити ) _____	
Системи кровообігу (у тому числі серцеві захворювання)	<input type="checkbox"/> вродженні вади серця	<input type="checkbox"/> задика	<input type="checkbox"/> аритмія, (браді)-тахікардія
	<input type="checkbox"/> гіпертонічна хвороба	<input type="checkbox"/> інфаркт міокарда	<input type="checkbox"/> стенокардія
	<input type="checkbox"/> ні	<input type="checkbox"/> інше ( зазначити ) _____	
Системи травлення	<input type="checkbox"/> гастрит/виразкова хвороба	<input type="checkbox"/> хвороби печінки та жовчного міхура - хв. Боткіна (гепатит)	
	<input type="checkbox"/> захворювання кишківника	<input type="checkbox"/> запори <input type="checkbox"/> діарея <input type="checkbox"/> печія <input type="checkbox"/> ні	
	<input type="checkbox"/> панкреатит	<input type="checkbox"/> інше ( зазначити ) _____	
Сечостатевої системи	<input type="checkbox"/> сечокам'яна хвороба	<input type="checkbox"/> хронічна ниркова недостатність	<input type="checkbox"/> ні
	<input type="checkbox"/> пієлонефрит	<input type="checkbox"/> цитит	
	<input type="checkbox"/> гломерулонефрит	<input type="checkbox"/> інше ( зазначити ) _____	
Ендокринні захворювання та порушення обміну речовин	<input type="checkbox"/> цукровий діабет	<input type="checkbox"/> хвороби щитоподібної залози	<input type="checkbox"/> ні
	<input type="checkbox"/> саркоїдоз	<input type="checkbox"/> ожиріння <input type="checkbox"/> інше ( зазначити ) _____	
Системи кровотворення	<input type="checkbox"/> анемія	<input type="checkbox"/> лейкоз	<input type="checkbox"/> порушення згортання крові <input type="checkbox"/> ні
	<input type="checkbox"/> інше ( зазначити ) _____		
Опорно-рухового апарату	<input type="checkbox"/> травми	<input type="checkbox"/> остеохондроз <input type="checkbox"/> сколіоз <input type="checkbox"/> міжхребцева кіла	
	<input type="checkbox"/> біль у суглобах	<input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> інше ( зазначити ) _____	
Аутоімунні захворювання та системні захворювання	<input type="checkbox"/> ревматизм	<input type="checkbox"/> саркоїдоз	<input type="checkbox"/> червоний вовчак <input type="checkbox"/> склеродермія
	<input type="checkbox"/> васкуліт	<input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> інше ( зазначити ) _____	
Хвороби очей, вух, горла, носу	<input type="checkbox"/> зниження слуху	<input type="checkbox"/> порушення зору (міопія, астигматизм)	<input type="checkbox"/> ні

	<input type="checkbox"/> хронічне запалення мигдаликів	<input type="checkbox"/> інше ( зазначити )	
Гінекологічні/урологічні хвороби	<input type="checkbox"/> розлади менструального циклу	<input type="checkbox"/> аденома	<input type="checkbox"/> простатит
	<input type="checkbox"/> фіброміома	<input type="checkbox"/> дисплазія ш.м.	<input type="checkbox"/> безпліддя
	<input type="checkbox"/> інше ( зазначити )	<input type="checkbox"/> кольпіт	<input type="checkbox"/> ні
Шкірні, венеричні хвороби та хвороби, які передаються переважно статевим шляхом	<input type="checkbox"/> сифіліс	<input type="checkbox"/> екзема	<input type="checkbox"/> ВІЛ інфекція
	<input type="checkbox"/> гонорея	<input type="checkbox"/> СНІД	<input type="checkbox"/> псоріаз
	<input type="checkbox"/> ЗПСШ	<input type="checkbox"/> мікози шкіри та/або внутрішніх органів	<input type="checkbox"/> інше ( зазначити )
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> мікози шкіри та/або внутрішніх органів	<input type="checkbox"/> інше ( зазначити )

**Дайте, будь ласка, відповіді на такі запитання:**

1. Чи плануєте Ви звернутися до лікаря найближчим часом? З якої причини?
2. Чи робили Вам операцію (-ї) або рекомендували зробити? Яку (-і) і коли саме?
3. Чи приймаєте Ви постійно якісь ліки? Якщо так, то які?
4. Чи мали Ви протягом останнього місяця контакт з інфекційними хворими на гепатит А, кір і т. і.?
5. Чи маєте Ви схильність до алергічних реакцій? А саме на що ?
6. Чи хворіли (-істе) Ви на якісь злоякісні/доброякісні онкологічні захворювання? Якщо так, то які та коли?
7. Чи маєте Ви будь-яку групу інвалідності? Якщо так, зазначте, будь ласка, групу та причину інвалідності й додайте копію висновку МСЕК
8. Чи були у Вас травми, якщо так, то які та коли?
10. Назва медичної установи, де Ви раніше спостерігались (із зазначенням адреси) та/або ПІБ Вашого постійного лікаря та його координати

Я підтверджую, що всі вище дані мною відповіді щодо стану мого здоров'я (Застрахованої особи) на запитання Страховика є повними та правдивими.

Я зобов'язуюсь на вимогу Страховика надати медичну документацію чи/та за свої кошти пройти медичний огляд щодо стану мого здоров'я (Застрахованої особи).

Я згоден (-а), що інформація, наведена в цій Заяві - Анкеті, стане основою для укладання Договору добровільного медичного страхування з СТ «Іллічівське» (далі – Страховика), щодо визначення ступеню ризику по Програмі добровільного медичного страхування.

Я дозволяю Страховику вимагати інформацію про мій стан здоров'я (Застрахованої особи) від медичних закладів, які здійснювали лікування.

Я надаю право довіреним лікарям Страховика, працівникам медичних закладів, які здійснювали обстеження та лікування, інформувати Страховика щодо стану мого здоров'я (Застрахованої особи) та про всі захворювання, якими я хворів(ла) раніше та/або захворію протягом строку дії Договору страхування.

Я звільняю довірених лікарів Страховика, працівників медичних закладів від зобов'язань зберігати перед Страховиком медичну таємницю відносно всього, що стосується мого (Застрахованої особи) здоров'я та/або захворювання.

Я попереджений (-на), що в разі подання мною неправдивих відомостей про мій стан здоров'я (Застрахованої особи) та факторів ризику (зазначених в цій Заяві – Анкеті), що впливають на мій стан (Застрахованої особи), Страховик має право відмовити мені у страховій виплаті (відповідно до ст. 26 Закону України “Про страхування”).

Я ознайомлений (-а) з умовами і Правилами добровільного медичного страхування Страховика.

Я надаю згоду на обробку моїх персональних даних.

Особистий підпис Застрахованої особи (чи її представника - для неповнолітніх осіб)

Дата заповнення

ПІБ та Підпис особи Страховика, що прийняла Заяву

Дата прийняття

\*\*\*

**Декларація про стан здоров'я Застрахованої особи (дитини) - ЗАЯВА на страхування**
*Страховик зобов'язується не розголошувати інформацію щодо стану здоров'я Застрахованої особи!*

Прошу укласти Договір добровільного медичного страхування на користь моєї дитини:

**П.І.Б. Страхувальника (повністю):** \_\_\_\_\_

Дата народження \_\_\_\_\_ ПІН \_\_\_\_\_ Паспорт \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

Ким виданий і дата видачі \_\_\_\_\_

**П.І.Б. Застрахованої особи (повністю):** \_\_\_\_\_

Дата народження дитини \_\_\_\_\_

 Стать  чоловіча  жіноча

Місце навчання дитини? \_\_\_\_\_

Зріст (см.) \_\_\_\_\_ Вага (кг.) \_\_\_\_\_ Бажана страхова сума (грн.) \_\_\_\_\_

Бажана Програма страхування \_\_\_\_\_

**Детальний опис стану здоров'я та захворювань** (якщо відповідь позитивна - , якщо негативна - )

**Сімейний анамнез:**

Чи мали (мають) близькі дитини (батьки, брати, сестри) зазначені хвороби ?	<input type="checkbox"/> хвороби серця	<input type="checkbox"/> бронхіальна астма	<input type="checkbox"/> підвищений артеріальний тиск
	<input type="checkbox"/> цукровий діабет	<input type="checkbox"/> виразкова хвороба	<input type="checkbox"/> інше (зазначити) _____
	<input type="checkbox"/> туберкульоз	<input type="checkbox"/> онкологічні хвороби	<input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> не знаю
Спадкові захворювання (та порушення хромосомного набору) та/або вродженні аномалії розвитку	<input type="checkbox"/> муковісцидоз	<input type="checkbox"/> хв. Дауна	<input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> не знаю
	<input type="checkbox"/> інше (зазначити) _____		
Захоплення Вашої дитини	<input type="checkbox"/> професійні види спорту	<input type="checkbox"/> ні	
	<input type="checkbox"/> інше ( зазначити ) _____		

**Чи хворіла Ваша дитина на наступні захворювання?**

Нервової системи	<input type="checkbox"/> вегетосудинна дистонія	<input type="checkbox"/> непритомність	<input type="checkbox"/> судоми або оніміння кінцівок
	<input type="checkbox"/> черепно-мозкова травма	<input type="checkbox"/> епілепсія	<input type="checkbox"/> психічні захворювання
	<input type="checkbox"/> ні	<input type="checkbox"/> інше ( зазначити ) _____	
Системи дихання	<input type="checkbox"/> бронхіальна астма	<input type="checkbox"/> туберкульоз	<input type="checkbox"/> ні
	<input type="checkbox"/> довготривалий кашель	<input type="checkbox"/> інше ( зазначити ) _____	
Системи кровообігу (у тому числі серцеві захворювання)	<input type="checkbox"/> вроджені вади серця	<input type="checkbox"/> задишка	<input type="checkbox"/> аритмія, (браді)-тахікардія
	<input type="checkbox"/> ні	<input type="checkbox"/> інше ( зазначити ) _____	
Системи травлення	<input type="checkbox"/> виразкова хвороба	<input type="checkbox"/> інше ( зазначити ) _____	
	<input type="checkbox"/> захворювання кишківника	<input type="checkbox"/> запори	<input type="checkbox"/> діарея <input type="checkbox"/> печія <input type="checkbox"/> ні
	<input type="checkbox"/> панкреатит/диспанкреатизм	<input type="checkbox"/> хвороби печінки та жовчного міхура - хв. Боткіна (гепатити)	
Сечостатевої системи	<input type="checkbox"/> Інфекції сечовивідних шляхів	<input type="checkbox"/> хронічна ниркова недостатність	<input type="checkbox"/> ні
	<input type="checkbox"/> гломерулонефрит	<input type="checkbox"/> інше ( зазначити ) _____	
Ендокринологічні захворювання та порушення обміну речовин	<input type="checkbox"/> цукровий діабет	<input type="checkbox"/> хвороби щитоподібної залози	<input type="checkbox"/> ні
	<input type="checkbox"/> саркоїдоз	<input type="checkbox"/> ожиріння	<input type="checkbox"/> інше ( зазначити ) _____
Системи кровотворення	<input type="checkbox"/> анемія	<input type="checkbox"/> лейкоз	<input type="checkbox"/> порушення згортання крові <input type="checkbox"/> ні
	<input type="checkbox"/> інше ( зазначити ) _____		
Опорно-рухового апарату та системні захворювання	<input type="checkbox"/> ревматизм	<input type="checkbox"/> саркоїдоз	<input type="checkbox"/> сколіоз <input type="checkbox"/> амліоїдоз
	<input type="checkbox"/> біль у суглобах кінцівок	<input type="checkbox"/> ні	<input type="checkbox"/> інше ( зазначити ) _____
Хвороби очей, вух, горла, носу	<input type="checkbox"/> зниження слуху	<input type="checkbox"/> порушення зору (міопія, астигматизм)	<input type="checkbox"/> ні
	<input type="checkbox"/> Аденоїдні вегетації	<input type="checkbox"/> Стенозуючий ларинготрахеїт	
	<input type="checkbox"/> хронічне запалення мигдаликів	<input type="checkbox"/> інше ( зазначити ) _____	

Гінекологічні, або урологічні хвороби	<input type="checkbox"/>	розлади менструального циклу	<input type="checkbox"/>	фімоз	<input type="checkbox"/>	енурез	<input type="checkbox"/>	ні				
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	фімоз	<input type="checkbox"/>	енурез	<input type="checkbox"/>	ні				
	<input type="checkbox"/>	інше ( зазначити )										
Шкірні та венерологічні хвороби (та хвороби, які передаються переважно статевим шляхом)	<input type="checkbox"/>	нейродерміт	<input type="checkbox"/>	екзема	<input type="checkbox"/>	ВІЛ інфекція	<input type="checkbox"/>	СНІД	<input type="checkbox"/>	псоріаз	<input type="checkbox"/>	ні
	<input type="checkbox"/>	гонорея	<input type="checkbox"/>	мікози шкіри та/або внутрішніх органів			<input type="checkbox"/>	інше ( зазначити )				

Дайте, будь ласка, відповіді на такі запитання:

1. Чи плануєте Ви з дитиною звернутися до лікаря найближчим часом? З якої причини?
2. Чи робили Вашій дитині операцію (-ї) або рекомендували зробити? Яку (-і) саме?
3. Чи приймає Ваша дитина постійно якісь ліки, які?
4. Чи мала Ваша дитина протягом останнього місяця контакт з інфекційними (гепатит А, кір, скарлатина і т. і.) хворими?
5. Кількість ГРЗ (гострих респіраторних захворювань) протягом останнього року:
5. Чи має Ваша дитина схильність до алергічних реакцій? На що саме?
6. Коли вона останній раз була на прийомі у стоматолога? <input type="checkbox"/> До 3-х місяців <input type="checkbox"/> до 6 місяців <input type="checkbox"/> до одного року <input type="checkbox"/> більше року <input type="checkbox"/>
7. Чи є Ваша дитина івалідом дитинства?
8. Чи були у Вашої дитини травми та лікування наслідків цих травм? Які саме?
9. Чи усі щепленні проведені в строк? Чи були якісь ускладнення після щеплення?
10. Назва медичної установи та/або ПІБ Вашого постійного лікаря та їх адреса

Особистий підпис Страхувальника (батька або матері дитини, того, хто заповнював цю Заяву - Анкету) \_\_\_\_\_

Я підтверджую, що всі вище дані мною відповіді щодо стану здоров'я Застрахованої особи на запитання Страховика є повними та правдивими.

Я зобов'язуюсь на вимогу Страховика, провести медичний огляд моєї дитини, щодо її стану здоров'я.

Я згоден (-а), що інформація, наведена в цій Заяві - Анкеті, стане основою для укладання Договору добровільного медичного страхування з СК «Іллічівське» (далі, – Страховика), щодо визначення ступеню ризику по Програмі медичного страхування.

Я дозволяю Страховику вимагати інформацію про стан здоров'я моєї дитини від медичних закладів, які здійснювали її лікування.

Я надаю право довіреним лікарям Страховика, працівникам медичних закладів, які здійснювали обстеження та лікування моєї дитини, інформувати Страховика щодо стану її здоров'я та про всі захворювання, якими вона хворіла раніше та/або захворіє зараз або захворіє протягом строку дії Договору страхування.

Я звільняю довірених лікарів Страховика, працівників медичних закладів від зобов'язань зберігати перед Страховиком медичну таємницю відносно всього, що торкається здоров'я та/або захворювання моєї дитини.

Я попереджений (-на), що в разі подання мною неправдивих відомостей про стан здоров'я моєї дитини та факторів ризику (зазначених в цій Заяві – Анкеті), що впливають на його стан, Страховик має право відмовити мені у страховій виплаті (відповідно до ст. 26 Закону України “Про страхування”).

Я ознайомлений (-а) з умовами і Правилами добровільного медичного страхування Страховика.

Особистий підпис Страхувальника \_\_\_\_\_

Дата заповнення \_\_\_\_\_

ПІБ та Підпис особи, що прийняла Заяву \_\_\_\_\_

Дата Прийняття \_\_\_\_\_