

**АНКЕТА - ЗАЯВЛЕНИЕ****на добровольное медицинское страхование («Доктор РЕСО»)**

является неотъемлемой частью (Приложение №4) договора страхования (полиса)

Заполните пропуски, отметьте нужное знаком или выберите правильный ответ (да, нет)

Прошу заключить со мной договор добровольного медицинского страхования согласно нижеследующей информации:

**ДАННЫЕ О СТРАХОВАТЕЛЕ:**

Страхователь

Ф.И.О. (для физ. лиц) / наименование организации (для юр. лиц)

Индекс

Адрес

область (край, округ, район), город, улица, дом, корпус, квартира

Гос. рег. №

№ ИНН

E-mail

Для юридических лиц

Для юридических лиц

Пол

М

Ж

Дата рождения

/

/

г.

Место рождения

Паспорт серия

№

выдан

/

/

г.

Где выдан

Код подразделения

Телефон моб. 8 ( )

Телефон дом. 8 ( )

Место работы

Следующая часть заявления заполняется с целью получения исчерпывающей информации о Застрахованном, рисках, связанных с его здоровьем и деятельностью. Если на какой-либо вопрос не получен ответ, заявление считается не заполненным. САО «РЕСО-Гарантия» отвечает за абсолютную конфиденциальность сообщенной в настоящей анкете информации.

**ДАННЫЕ О ЛИЦЕ, ПРИНИМАЕМОМ НА СТРАХОВАНИЕ:**

Ф.И.О.

Адрес регистрации\*

\* Поле обязательно для заполнения

Область (край, округ, район), город, улица, дом, корпус, квартира

Адрес фактического проживания

совпадает с адресом регистрации

Область (край, округ, район), город, улица, дом, корпус, квартира

Пол

М

Ж

E-mail

Дата рождения

/

/

г.

Место рождения

Паспорт (св.о рожд): Сер.

№

выдан

/

/

г.

Где выдан

Код подразделения

Телефон моб. 8 ( )

Телефон дом. 8 ( )

Гражданство

Степень родства со страхователем

Город обслуживания

**СТРАХОВАЯ ПРОГРАММА:***«Базовая» является обязательной программой*

Базовая (Амб.+ПНД+СМП+Телемедицина) / Категория

Размер франшизы

ЛПУ для «Записи через регистратуру ЛПУ»

«Азбука здоровья»

Стоматологическая помощь

Стоматологическая клиника

Стационар экстренный

Онкоподдержка

Периодичность оплаты страховой премии

Единовременно

По полугодиям

Я,

(Ф.И.О. Застрахованного)

– заявляю, что представленная в анкете информация является исчерпывающей и верной и понимаю, что она может иметь решающее значение при заключении договора страхования и при осуществлении страховых выплат,

– разрешаю любому лечебному учреждению или врачу, имеющим какую-либо информацию о состоянии здоровья Застрахованного, со-общить эту информацию в страховую компанию САО «РЕСО-Гарантия»,

– предоставляю страховой компании САО «РЕСО-Гарантия» право произвести индивидуальную оценку риска, и, в случае необходимости, предложить мне: изменить условия страхования (в том числе повысить тарифную ставку); предоставить дополнительные данные или пройти медицинское обследование,

– обязуюсь обо всех изменениях, связанных с моим здоровьем и деятельностью, которые могут существенно повлиять на условия страхования, сообщить в САО «РЕСО-Гарантия» в 14-дневный срок с момента получения информации об этих изменениях.

– Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку Страховым Акционерным Обществом «РЕСО-Гарантия» (далее – Страховщик) моих персональных данных в целях заключения Договора добровольного медицинского страхования, осуществления добровольного медицинского страхования (реализации договора Добровольного медицинского страхования), в т.ч. в целях проверки качества оказания медицинских услуг и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, сбора статистической информации и ее анализа, а также в целях исполнения требований действующего законодательства Российской Федерации. Страховщик может осуществлять обработку моих персональных данных в течение действия Договора страхования, а так же в течение 25 (двадцати пяти) лет после прекращения его действия.

Мои персональные данные, в том числе специальные персональные данные, как данные Застрахованного лица включают: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату рождения, паспортные данные или данные другого документа, удостоверяющего личность, адрес проживания/прописки/регистрации, телефоны, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения в медицинские учреждения.

Предоставляю Страховщику право осуществлять все действия с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать мои персональные данные посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных Страховщика, а также осуществлять трансграничную передачу персональных данных для достижения вышеуказанных целей.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать мои персональные данные, в том числе специальные персональные данные, в медицинские, аптечные и другие учреждения, с которыми у Страховщика имеются договорные отношения, направленные на оказание мне медицинской (фармакологической и иной) помощи в рамках страховой программы, и получать от этих учреждений данные обо мне. При этом я согласен с тем, что работники данных учреждений освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в отношении моих персональных данных. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано в момент подписания Договора и действует бессрочно. Я знаю, что имею право в любой момент отозвать своё согласие посредством направления Страховщику соответствующего письменного уведомления, которое должно быть направлено в его адрес заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю Страховщика. Я знаю и согласен с тем, что Страховщик вправе рассматривать указанное уведомление как мое волеизъявление о расторжении Договора в отношении меня, в связи с чем я буду снят со страхования по Договору не позднее 3 дней с момента получения указанного уведомления.

Страхователь принимает на себя ответственность за полноту и правдивость сведений, изложенных о Застрахованном выше.

Страхователю известно, что данное Заявление является юридической основой Договора страхования, и что в пределах данного Договора он несет полную ответственность за точность сведений, содержащихся в Заявлении.

Страхователю известно, что на основании ответов на вопросы данной анкеты о лице, принимаемом на страхование, Страховщик имеет право отказать в заключении договора добровольного медицинского страхования или ввести повышающий коэффициент.

### Пункты 1-3 заполняются только для лиц, старше 14 лет

1	Рост	см	Вес	кг	
2	Артериальное давление (обычное мм.рт.ст.)		Верхнее	Нижнее	
3	Курит?	Да	Нет	Среднее количество выкуриваемых сигарет в день:	штук
4	<b>Состоите ли на учете в диспансерах?</b> <i>Если «да», укажите профиль диспансера и причину постановки на учет:</i>				
5	<b>Была ли Вам когда-либо присвоена группа инвалидности?</b> <i>Если «да», укажите:</i> Причина инвалидности Группа инвалидности В каком году снята инвалидность				
6	<b>Был ли госпитализирован за последние 2 года?</b> <i>Если «да», укажите:</i> Год Диагноз Проведенное лечение в стационаре				

7	<p><b>Вам приходилось вызывать бригаду скорой помощи за последние 2 года?</b> Если «да», укажите:</p> <p>Год _____ Причина вызова _____</p>
8	<p><b>Сколько раз за последние 12 мес. Вы болели ОРВИ (простудой)?</b></p>
9	<p><b>Отмечаются ли у Вас в настоящее время или отмечались когда-либо следующие заболевания:</b></p> <p>Аллергические реакции <i>(выберите)</i></p> <p>Бронхиальная астма</p> <p>Повышенное артериальное давление (гипертония)</p> <p>Ишемическая болезнь сердца (стенокардия, инфаркт)</p> <p>Нарушения сердечного ритма <i>(укажите)</i></p> <p>Инсульт <i>(выберите)</i></p> <p>Эпилептический синдром</p> <p>Онкологические (раковые) заболевания:</p> <p>Сахарный диабет <i>(выберите)</i></p> <p>Язва желудка или двенадцатиперстной кишки</p> <p>Анемия или другие заболевания крови <i>(укажите)</i></p> <p>Нарушения функции щитовидной железы <i>(укажите)</i></p> <p>Гепатит <i>(выберите)</i></p> <p>Желчекаменная болезнь</p> <p>Печеночная недостаточность</p> <p>Варикозное заболевание вен</p> <p>Грыжа <i>(выберите)</i></p> <p>Дерматологические болезни</p> <p>Хроническая ЛОР-патология</p> <p>Мочекаменная болезнь</p> <p>Урологические заболевания <i>(выберите)</i></p> <p>Остеохондроз позвоночника, радикулит</p> <p>Грыжи межпозвоночных дисков</p> <p>Повреждение суставов и связочного аппарата <i>(указать причину травмы)</i></p> <p>Простатит <i>(для мужчин)</i></p> <p>Аденома предстательной железы <i>(для мужчин)</i></p> <p>Мастопатия <i>(для женщин)</i></p> <p>Кисты яичников <i>(для женщин)</i></p> <p>Эрозия шейки матки <i>(для женщин)</i></p> <p>Гиперплазия эндометрия, полипы эндометрия или цервикального канала <i>(для женщин)</i></p> <p>Миома матки <i>(для женщин)</i></p> <p>Воспалительные заболевания женских органов <i>(для женщин)</i></p> <p>Пародонтит, пародонтоз</p>
10	<p><b>Врожденные или приобретенные пороки, аномалии развития органов и систем</b></p> <p>Если «да», укажите:</p>
11	<p><b>Имеете ли Вы стенты, протезы (кроме стоматологических), импланты (кроме стоматологических), металлоконструкции, водители ритма и т.д.?</b> Если «да», укажите какие, когда поставлены:</p>

12	Укажите заболевания, которые у Вас отмечались или отмечаются, но не были указаны выше.
13	Рекомендовано ли Вам стационарное лечение или проведение медицинских исследований и манипуляций в условиях стационара? Если «да», укажите причину (заболевание/состояние):
14	Планируете ли Вы беременность в ближайшие 12 месяцев? (для женщин)
15	Вы занимаетесь каким-либо видом спорта? Если «да», укажите каким именно:
16	Вы обеспокоены состоянием Вашего здоровья в настоящее время? Если «да», укажите что именно Вас беспокоит:

Пункты 17-24 заполняются только для страхования детей в возрасте до 3-х лет

17	Возраст матери в родах (полных лет)	лет
18	Была ли патология (осложнения) беременности? Если «да», укажите какая:	
19	Была ли патология (осложнения) родов? Если «да», укажите какая:	
20	Выписка из роддома на	сутки
21	Оценка по шкале Апгар	баллов
22	Выявлена ли врожденная патология у ребенка? Если «да», укажите какая:	
23	Был ли перевод ребенка из родильного дома в другое лечебное учреждение? Если «да», укажите причину (диагноз) и название клиники:	
	Причина перевода (Диагноз)	Название клиники
24	Какие были роды?	неосложненные (естественные родовые пути) плановое кесарево сечение экстренное кесарево сечение осложненные роды с родспомогающими пособиями (наложением родовых щипцов и т.д.)
25	Пожалуйста, ответьте, как Вы узнали о нашем продукте «Доктор РЕСО»:	
	Из интернета	От друзей, знакомых
	В офисе компании	Из публикаций в прессе
	Из рекламы	В лечебном учреждении
		От своего агента
		Был ранее застрахован по ДМС в РЕСО
		Другое

**Служебная информация: (заполняется представителем страховщика)**

Представитель страховщика/агент:

Код агента

Тел.

Код агентства

Агентство

Подпись агента \_\_\_\_\_