Приложение к Заявлению о страховании жизни № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Анкета о состоянии здоровья**

|  |  |
| --- | --- |
| **Фамилия, Имя, Отчество** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **1. Данные о состоянии здоровья** | |
| **1.1**. Сообщите название и адрес Вашей поликлиники: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **1.2.** Рост | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(см)** |
| Вес | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(кг)** |
| Рост, вес изменились за последний год? (если «да», укажите, пожалуйста, причину) | **да\_\_\_\_ нет\_\_\_\_** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Артериальное давление | **\_\_\_/\_\_\_ мм рт. ст.** |
| **1.3.** Ежемесячное потребление алкоголя (укажите, пожалуйста, крепость и количество) | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **1.4**. Ежедневное потребление табака, электронные сигареты | **\_\_\_\_\_\_(шт. сиг.)** |
| **1.5.** Вы употребляете или Вы употребляли раньше наркотические, токсические, психотропные вещества без предписания врача? | **да\_\_\_\_ нет\_\_\_\_** |
| **1.6**. Являлись ли Вы ранее или являетесь сейчас инвалидом I,II или III группы, или имеете категорию «ребенок-инвалид», нуждаетесь в постоянном уходе по состоянию здоровья, имеете направление на медико-социальную экспертизу? | **да\_\_\_\_ нет\_\_\_\_** |
| **1.7.** В настоящее время Вы находитесь на стационарном, амбулаторном лечении или обследовании? | **да\_\_\_\_ нет\_\_\_\_** |
| **Переносили ли Вы или имеете сейчас ниже приведенные заболевания:** | |
| **1.8.** Заболевания органов дыхания? (хронический бронхит, пневмония, бронхиальная астма, эмфизема, туберкулез и др.) | **да\_\_\_\_ нет\_\_\_\_** |
| **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\_\_\_\_ нет\_\_\_\_** |
| **1.10.** Заболевания головного мозга или периферической нервной системы, психические расстройства? (инсульт, энцефалит, менингит, сотрясения или ушибы головного мозга, эпилепсия, психозы, рассеянный склероз и др.) | **да\_\_\_\_ нет\_\_\_\_** |
| **1.11.** Заболевания желудочно-кишечного тракта? (язвенная болезнь желудка и/или 12-перстной кишки, гастриты, колиты, цирроз печени, желчнокаменная болезнь и др.) | **да\_\_\_\_ нет\_\_\_\_** |
| **1.12.** Заболевания мочеполовой системы: болезни почек и мочевыводящих путей (мочекаменная болезнь, хронический пиело- или гломерулонефрит и др.), гинекологические, урологические заболевания? | **да\_\_\_\_ нет\_\_\_\_** |
| **1.13.** Травмы, заболевания опорно-двигательного аппарата, соединительных тканей, кожные заболевания? (остеохондроз, грыжа Шморля, деформирующий спондилез, системная красная волчанка, склеродермия, псориаз и др.) Нарушения функции движения? | **да\_\_\_\_ нет\_\_\_\_** |
| **1.14.** Заболевания органов слуха и зрения? (хронический отит, тугоухость, близорукость, дальнозоркость, астигматизм, глаукома, катаракта и др.) | **да\_\_\_\_ нет\_\_\_\_** |
| **1.15.** Заболевания крови и кроветворных органов? (анемия, лейкемия, лимфогранулематоз, гемофилия и др.) | **да\_\_\_\_ нет\_\_\_\_** |
| **1.16.** Венерические заболевания (сифилис и др.), СПИД или ВИЧ-инфекция, вирусный гепатит и другие инфекционные заболевания? | **да\_\_\_\_ нет\_\_\_\_** |
| **1.17.** Заболевания эндокринной системы? (тиреотоксикоз, гипотиреоз, заболевания гипофиза и надпочечников, сахарный диабет и др.) | **да\_\_\_\_ нет\_\_\_\_** |
| **1.18.** Злокачественные или доброкачественные новообразования различных органов? | **да\_\_\_\_ нет\_\_\_\_** |
| **1.19.** Проводились ли Вам хирургические вмешательства? | **да\_\_\_\_ нет\_\_\_\_** |
| **1.20.** Вопрос только для женщин: беременны ли Вы? | **да\_\_\_\_ нет\_\_\_\_** |
| Укажите, пожалуйста, срок беременности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (нед.) | |
| Беременность протекает с осложнениями? | **да\_\_\_\_ нет\_\_\_\_** |
| **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\_\_\_\_ нет\_\_\_\_** |
| **1.22.**  Вы получаете или получали ранее лечебно-консультативную помощь в наркологическом и/или психоневрологическом и/или противотуберкулезном и/или онкологическом диспансере? | **да\_\_\_\_ нет\_\_\_\_** |
| **1.23.** Дата прохождения последнего обязательного медицинского осмотра (ВЭК)?  Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_ Укажите результаты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **1.24.** Дата прохождения досрочного медицинского осмотра (ВЭК)?  Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_ Укажите результаты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **1.25.** Дата прохождения следующего очередного обязательного медицинского осмотра? | **Дата:** \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **2.** **Дополнительная информация:** | |
| **2.1.** Связана ли Ваша профессиональная деятельность с вредными факторами: шум, вибрация, загазованность, токсичность, СВЧ облучение, опасные химические вещества и другое? | **да\_\_\_\_ нет\_\_\_\_** |
| **2.2.** Связаны ли Вы с опасными для жизни путешествиями, поездками, экспедициями? | **да\_\_\_\_ нет\_\_\_\_** |
| Периодичность поездок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в год. | |
| **2.3.** Занимаетесь ли Вы регулярно спортом? | **да\_\_\_\_ нет\_\_\_\_** |
| Основной вид спорта:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 🞎 На профессиональной основе |  |
| 🞎 На любительской основе |  |
| Как часто занимаетесь основным видом спорта:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дней в неделю | |
| **2.4.** 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\_\_\_\_ нет\_\_\_\_** |
| **2.5.** Получали ли Вы страховые выплаты? | **да\_\_\_\_ нет\_\_\_\_** |
| **2.6.** Являетесь ли Вы иностранным публичным должностным лицом, либо действуете в интересах иностранного публичного должностного лица? | **да\_\_\_\_ нет\_\_\_\_** |
| **2.7.** Являетесь ли Вы публичным должностным лицом РФ - лицом замещающим (занимающим) государственные должности РФ, должности членов совета директоров ЦБ РФ, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ? | **да\_\_\_\_ нет\_\_\_\_** |
| **2.8.** Являетесь ли Вы супругом, близким родственником российского либо иностранного публичного должностного лица? | **да\_\_\_\_ нет\_\_\_\_** |
| **2.9.** Я не имею гражданства США (независимо от наличия гражданства иного государства), разрешения на постоянное пребывание (вид на жительство) в США, долгосрочного присутствия в США, места рождения на территории США и не являюсь налоговым резидентом США. ВЕРНО? | **да\_\_\_\_ нет\_\_\_\_** |

***В случае положительных ответов на предыдущие вопросы просьбы 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. 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 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. Настоящим Страхователь/Застрахованное лицо подтверждает свое согласие на обработку Страховщиком в порядке, установленном заключаемым/возобновляемым Договором страхования и/или Программой страхования, 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 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 – 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.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Подпись Застрахованного лица |  | Дата |  |