

7)	Чи маєте/мали Ви групу інвалідності та/або знаходитеся у процесі оформлення інвалідності, або чи є у Вас підстави для оформлення групи інвалідності?	☐ Яку? Яка причина(точний діагноз)? З якого часу? Надайте, будь ласка, копію довідки до акту огляду МСЕК/витягу з висновку експ. команди, копії медичних документів.	☐
8)	Чи були Ви коли-небудь за останні 5 років у лікарні, санаторії чи іншому лікувальному закладі на лікуванні, для операції чи обстеження? Чи призначено Вам на даний час обстеження або лікування , або чи плануєте Ви звернутися за медичною допомогою (включаючи хірургічне лікування) або пройти медичне обстеження?	☐ Коли? Де? Яка причина? Чи були відхилення від норми у результатах обстежень – ЕКГ, аналіз крові, тиск, рентген, ознаки імунодефіциту? ☐	☐ ☐
9)	Чи знаходитесь (або знаходились) Ви на диспансерному обліку?	☐ Надайте, будь ласка, більш розширену інформацію.	☐
10)	Чи приймали/приймаєте останні 5 років часто або регулярно будь-які медикаменти (включаючи знеболюючі, препарати для лікування гіпертонічної хвороби, з приводу діабету, бронхіальної астми, антидепресанти та ін.)?	☐ Які? З якого і по який час?	☐
11)	Чи вживали/вживаєте останні 5 років часто або регулярно алкогольні напої ?	☐ Які? Скільки на добу/тиждень?	☐
12)	Чи палите Ви більше ніж 20 цигарок на добу?	☐ Скільки на добу?	☐
13)	Чи хворів хто-небудь із Ваших родичів на наступні захворювання: діабет, інсульт, серцеві захворювання, рак, туберкульоз, психічні захворювання?	☐ Хто з родичів? Яка хвороба? В якому віці? Який час?	☐
14)	Чи маєте Ви в даний час ознаки гострого інфекційного захворювання, такі як кашель, підвищення температури тіла, загальна слабкість, задишка, діарея та ін.?	☐ Які саме?	☐

Я даю згоду та уповноважую будь-якого лікаря, лікарню, поліклініку або іншу організацію, яка надає медичну допомогу, лабораторію або діагностичний центр, будь-якої форми власності, що знаходяться в Україні або за межами України, страхову компанію або будь-яку іншу компанію, організацію, або будь-яку особу, що володіє інформацією про мене, надати необхідну Страховику інформацію (надання якої передбачено Договором страхування та/або для прийняття рішення стосовно Договору страхування), включаючи копії документів із зазначенням захворювань або нещасних випадків, пройденого мною лікування, обстеження, консультацій або госпіталізації, перенесених захворювань, а також про моє професійне заняття і місце роботи (характер виконуваних робіт) або про інші події, які виникали до початку дії Договору страхування, виникли або можуть виникнути протягом строку дії Договору страхування (хвороби, що були в минулому або теперішні хвороби, наслідки нещасних випадків, фізичні вади, результати досліджень та експериментального лікування, стан здоров'я тощо). Страховик має право надавати копію цієї згоди в межах умов, визначених Договором страхування.

Страхувальник	(Підпис) ((Прізвище, ім'я та по батькові)
---------------	---

Застрахована особа	(Підпис) ((Прізвище, ім'я та по батькові)
--------------------	---

Дата підписання

Заповнюється відповідальною особою Страховика	
---	--