

**ЗАЯВА (ОПИТУВАЛЬНИК) ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я**  
(Додаток до Заяви (опитувальника) на страхування /Договору страхування № \_\_\_\_\_)

**ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА:**

Прізвище  Ім'я

По батькові  Дата народження

**Зріст:** \_\_\_\_\_ **см**      **Вага:** \_\_\_\_\_ **кг**      **Тиск:** \_\_\_\_\_

Будь-ласка, дайте відповідь «так» чи «ні» на наступні запитання:	Так (у випадку позитивної відповіді, надайте уточнюючі роз'яснення)	Ні
<b>1)</b> Чи існують інші укладені договори (або чи подавалися коли-небудь заяви з приводу) страхування Вашого життя, здоров'я чи страхування на випадок нещасного випадку?	<input type="checkbox"/> вкажіть страховика, розмір страхової суми	<input type="checkbox"/>
<b>2)</b> Чи відмовляли коли-небудь страховики в укладанні договорів страхування Вашого життя, здоров'я, втрати працездатності або чи погоджувалися на їх укладання лише за умов підвищення страхового тарифу?	<input type="checkbox"/> вкажіть страховика, дату, причину	<input type="checkbox"/>
<b>3)</b> Чи пов'язана Ваша трудова діяльність (зараз або в минулому) із ризиками, в т.ч. через використання засобів, небезпечних для здоров'я або життя (напр., зброя, отруйні речовини, професії шахтаря, охоронця, пілота, водолаза, професії пов'язані з перебуванням у небезпечних районах тощо)?	<input type="checkbox"/> Вкажіть, з якими саме ризиками	<input type="checkbox"/>
<b>4)</b> Чи захоплюєтеся Ви ризиковими видами спорту/хобі?  Якщо ТАК, то якими? (наприклад, пірнання, парашутизм, альпінізм, автомобільний, авіаційний чи мотоспорт, відповідні змагання і т. ін.)	<input type="checkbox"/> Вкажіть, якими саме	<input type="checkbox"/>
<b>5)</b> Чи хворіли Ви у минулому або чи хворієте зараз (або маєте діагнози/будь-які скарги) на захворювання серцево-судинної системи ( в т.ч. перенесені інфаркт, інсульт), захворювання крові, шлунково-кишкового тракту, обміну речовин, органів дихання, слуху, зору, мозку, кісток, нервів, печінки, залоз внутрішньої секреції чи статевих органів, нирок, хронічний або гострий гепатит, цироз печінки, алкоголізм, діабет, алергія, онкологічні захворювання, параліч, доброякісні чи злоякісні пухлини, СНІД (ВІЧ), психічні захворювання і ін.)?	<input type="checkbox"/> Вкажіть, які саме, з якого часу, коли в останнє проходили лікування?	<input type="checkbox"/>
<b>6)</b> Чи були у Вас видалені життєво необхідні органи?  Якщо ТАК, то які?	<input type="checkbox"/> Які?, коли?	<input type="checkbox"/>
<b>7)</b> Чи маєте (мали) Ви групу інвалідності та/або знаходитесь у процесі оформлення інвалідності (у процесі підготовки до огляду МСЕК)?	<input type="checkbox"/> Яку? Яка причина(точний діагноз)? З якого часу?	<input type="checkbox"/>

8)	<p>Чи були Ви коли-небудь за останні 10 років у лікарні, санаторії чи іншому лікувальному закладі на лікуванні, для операції чи обстеження?</p> <p>Чи проходили Ви курс опромінення або хіміотерапії?</p>	<input type="checkbox"/> Коли? Де? Яка причина? Чи були відхилення від норми у результатах обстежень – ЕКГ, аналіз крові, тиск, рентген, ознаки імунodefіциту?	<input type="checkbox"/>
9)	<p>Чи маєте Ви які-небудь фізичні вади (напр. сколіоз, наслідки нещасних випадків чи дитячого церебрального паралічу), порушення слуху чи зору?</p>	<input type="checkbox"/> Які саме?	<input type="checkbox"/>
10)	<p>Чи приймали/приймаєте останні 5 років часто або регулярно медикаменти чи наркотичні речовини?</p> <p>Чи перебуваєте Ви на обліку в наркологічному, психоневрологічному чи туберкульозному диспансері?</p>	<input type="checkbox"/> Які? З якого і по який час? Де перебуваєте на обліку?	<input type="checkbox"/>
11)	<p>Чи вживали/ Вживаєте останні 5 років часто або регулярно алкогольні напої?</p>	<input type="checkbox"/> Які? Скільки на добу?	<input type="checkbox"/>
12)	<p>Чи палите Ви більше ніж 20 цигарок на добу?</p>	<input type="checkbox"/> Скільки на добу?	<input type="checkbox"/>
13)	<p>Чи хворів хто-небудь із Ваших родичів на наступні захворювання: діабет, інсульт, серцеві захворювання, рак, туберкульоз, психічні захворювання?</p>	<input type="checkbox"/> Хто з родичів? Яка хвороба? В якому віці? Який час?	<input type="checkbox"/>
14)	<p>Чи маєте Ви в даний час ознаки гострого інфекційного захворювання, такі як кашель, підвищення температури тіла, загальна слабкість, задишка, діарея та ін.? Чи існують інші важливі обставини та ризики, відсутні в переліку, що можуть вплинути на рішення щодо страхування?</p>	<input type="checkbox"/> Які саме?	<input type="checkbox"/>

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.

Страховальник	_____ (_____ <i>(Підпис)</i> <i>(Прізвище, ім'я та по батькові)</i>
---------------	--

Застрахована особа	_____ (_____ <i>(Підпис)</i> <i>(Прізвище, ім'я та по батькові)</i>
--------------------	--

**Дата підписання** \_\_\_\_\_

Уповноважена особа Страховика Заяву зареєстровано: “___” _____ 20__ р.	_____ (_____ <i>(Підпис)</i> <i>(Прізвище, ім'я та по батькові)</i> Заповнюється представником Страховика при отриманні цієї Заяви
---	--