

**Медицинская анкета Застрахованного по продукту STOP Covid-19**

|  |  |
| --- | --- |
| **Застрахованные риски** | Смерть Застрахованного лица в результате расстройства здоровья, вызванного заболеванием из группы (J00-J99) «Болезни органов дыхания»  в соответствии с МКБ-10 (Международная классификация болезней), наступившим в результате инфицирования Застрахованного лица коронавирусом штамма COVID-19  Госпитализация на срок 5 (Пять) и более дней, вызванная расстройством здоровья Застрахованного лица в результате заболевания из группы (J00-J99) «Болезни органов дыхания» в соответствии с МКБ-10 (Международная классификация болезней), наступившего в результате инфицирования Застрахованного лица коронавирусом штамма COVID-19 |
| **Страховая сумма** |  |

**Застрахованный**

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО |  |
| Паспортные данные |  |
| Адрес регистрации |  |
| Адрес проживания |  |
| Дата и место рождения |  |
| Телефон: мобильный, домашний, рабочий |  |
| Гражданство |  |
| Место работы и должность |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Рост** | см. | **Вес** | кг. | **Артериальное давление (верхнее/нижнее)** | / | |
| Изменение веса более чем на 5 кг за последний год? (увеличился или уменьшился, насколько, причина, как долго держится настоящий вес) | | | | | | да  нет |
| Курение: количество сигарет в день (за последний год) , сколько лет Вы курите | | | | | | да  нет |
| Алкоголь: среднее дневное количество в литрах: пиво ; вино ; крепкие напитки | | | | | | да  нет |
| Рекомендовали ли Вам когда-либо сократить потребление алкоголя и/или табака или сбросить свой вес? Если «да», предоставьте, пожалуйста, подробные разъяснения | | | | | | да  нет |
| Застрахована ли Ваша жизнь или трудоспособность в других компаниях?  Если «да», укажите, пожалуйста, название компании | | | | | | да  нет |
| Связана ли профессиональная деятельность сейчас или ранее с вредным или опасным производством?Если «да», разъясните | | | | | | да  нет |
| Работа: на высоте свыше 15 м, в водной акватории или под водой, в нефтяной или газовой промышленности, под землей, например, в шахтах, со взрывчатыми веществами, с источниками повышенного облучения, с опасными химическими веществами или составами? | | | | | | да  нет |
| Путешествиями, переездами, командировками за границу?  Как часто? Страны | | | | | | да  нет |
| Пребывание в «горячих точках» (местах вооруженных конфликтов или военных действий), местах беспорядков и забастовок, районах химического или радиоактивного заражения? Намереваетесь ли Вы посетить/посещать вышеперечисленные районы с какой-либо целью? Если «да», укажите подробности Как часто? | | | | | | да  нет |
| Регулярно рисковые виды спорта (авиационный спорт, парашютизм, дельтапланеризм, альпинизм, конный спорт (верховая езда), картинг, авто-мотогонки, сноуборд, дайвинг, горные или водные лыжи, бокс, боевые искусства, хоккей, катание на коньках или роликах и другие виды спорта (деятельности), характеризующиеся повышенным травматизмом)? **,** профессионально или, как хобби) | | | | | | да  нет |
| Участие в спортивных соревнованиях, гонках? В каких? | | | | | | да  нет |
| Имеете ли Вы или имели в прошлом группу инвалидности?  Группа инвалидности **,** причина , с какого времени , когда снята | | | | | | да  нет |
| **Обращались ли Вы когда-либо за медицинской помощью по нижеперечисленным заболеваниям или отдельным их признакам или болели ли Вы каким-либо из следующих заболеваний. Если «Да»,**  **укажите, пожалуйста, детали: диагноз, дату установления диагноза, продолжительность лечения** | | | | | | |
| **Заболевания сердечно-сосудистой системы** (ишемическая болезнь, пороки сердца, нарушение ритма, ревматизм, заболевания коронарных артерий или отдельные признаки заболеваний: боли в области сердца и за грудиной, одышка, учащенное дыхание, шум в сердце, сильное сердцебиение и пр.)? | | | | | | да  нет |
| **Заболевание сосудов** (повышенное артериальное давление, эндартериит, тромбофлебит и пр.), нарушение кровообращения, в т.ч. кровоизлияния в органы (инсульт, паралич, парез)? | | | | | | да  нет |
| **Заболевания легких или дыхательных путей**: носоглотки, бронхов, легких (астма, бронхит, пневмония, туберкулез легких, эмфизема, плеврит или отдельные признаки заболеваний: постоянный кашель, отдышка, кровь или гной в мокроте и пр.)? | | | | | | да  нет |
| **Заболевания органов внутренней секреции**: гипофиза, щитовидной железы, надпочечников, поджелудочной железы (диабет, повышенное содержание сахара в крови, увеличение или болезни щитовидной железы, другие эндокринные нарушения или заболевания желез? | | | | | | да  нет |
| **Заболевания пищеварительной системы**, желчного пузыря, поджелудочной железы или печени (язвенная болезнь, гастрит, гепатит, панкреатит, холецистит, изжога, хроническая или периодически повторяющаяся диарея (понос), кровотечения из желудочно-кишечного тракта и пр.)? | | | | | | да  нет |
| **Заболевания почек или мочеполовой системы** (мочекаменная болезнь, простатит) или какие-либо нарушения функций этих органов (частые отеки, белок или эритроциты в моче, камни и пр.)? | | | | | | да  нет |
| **Заболевания опорно-двигательного аппарата**: позвоночника, костей конечностей, суставов, мышц (остеохондроз, артрит, ревматизм, подагра, миозит, артрит, деформация суставов конечностей и пр.)? | | | | | | да  нет |
| **Заболевания органов зрения, слуха**, обоняния или какие-либо нарушения со стороны этих органов: (отиты, тонзиллиты, ангины, нарушения зрения или слуха и пр.?) | | | | | | да  нет |
| **Новообразования** (опухоли злокачественные и доброкачественные, в т.ч. заболевания крови) кисты органов? Подвергались ли Вы радио- или химиотерапии? | | | | | | да  нет |
| **Нервные или психические расстройства** (эпилепсия, судорожные припадки, стойкая депрессия, параличи, нарушение речи и пр.? Отмечались ли у Вас случаи потери сознания? | | | | | | да  нет |
| Состоите (состояли) ли Вы на **учете у невропатолога или психиатра**, проходили ли лечение в психоневрологических/психиатрических клиниках? Делали ли Вы попытки к самоубийству? | | | | | | да  нет |
| Лечились ли Вы когда-либо от алкоголизма, наркомании, токсикомании? | | | | | | да  нет |
| Заболевания кожи, подкожной клетчатки, лимфатических узлов? | | | | | | да  нет |
| Хронические инфекционные и паразитные заболевания – туберкулез, малярия, бруцеллез, профессиональные заболевания? | | | | | | да  нет |
| Острые аллергические реакции? Любые другие хронические или врожденные заболевания? | | | | | | да  нет |
| Иные хронические или врожденные заболевания, недомогания, перенесенные операции, последствия полученных травм, не указанные в данном Заявлении? | | | | | | да  нет |
| Проходили ли Вы медицинское освидетельствование, лечение или исследование крови, консультации, тесты (кроме профилактических, с отрицательным результатом) в связи со СПИДом (ВИЧ-инфекцией, сифилис, гепатиты)? Если «да», то укажите, пожалуйста, даты, результаты | | | | | | да  нет |
| Проходили какой-либо курс лечения успокоительными (седативными), транквилизаторами (антидепрессантами) или наркотиками по медицинской или любой другой причине? | | | | | | да  нет |
| **Вопрос для женщин:** Какие-либо заболевания женских половых органов: молочных желез, придатков, матки, осложненные беременности, роды, кесарево сечения? | | | | | | да  нет |
| **Вопрос для женщин:** Беременны ли Вы сейчас? Если «Да», укажите, пожалуйста, срок беременности | | | | | | да  нет |
| **Вопрос для женщин:** Планируете ли Вы рождение ребенка в период действия Полиса (договора) страхования? Если «Да», укажите, пожалуйста, предполагаемый срок его рождения | | | | | | да  нет |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Вопрос для мужчин:**  Какие-либо **заболевания мочеполовых органов** (простатит и пр.) | | | | | да  нет |
| Отмечались ли у Вас **за последние 5 лет** отклонения от нормальных показателей или результатов анализов крови, мочи, данных электрокардиограммы или рентгеновских снимков?  Если «Да», предоставьте, пожалуйста, подробные разъяснения | | | | | да  нет |
| Есть ли какие-либо симптомы, которые Вас беспокоят в настоящее время или беспокоили за последние 2 года? Если «Да», укажите, пожалуйста, детали | | | | | да  нет |
| Назначали ли Вам какие-либо медицинские препараты для регулярного применения?  Если «Да», укажите, пожалуйста, какие и в связи с чем | | | | | да  нет |
| **За последние 5 лет** болели ли Вы или находились на больничном листе сроком 2 недели и более, направлялись на стационарное лечение? Если «Да», укажите, пожалуйста, информацию о поставленном диагнозе, сроках лечения, название лечебного учреждения | | | | | да  нет |
| Имеют или имели ли Ваши близкие родственники следующие заболевания: диабет, инсульт, заболевания сердца, сосудов, почек, гипертония, рак, туберкулез или психические заболевания, порфирия или любые другие наследственные заболевания? Если «ДА», укажите, пожалуйста, подробности: | | | | | да  нет |
| Ближайшие родственники | Укажите, пожалуйста, возраст, если живы | Если живы, дайте, пожалуйста, краткую характеристику их настоящему состоянию здоровья. Если имеются заболевания, укажите их, пожалуйста | Если умерли, в каком возрасте? | Если знаете, укажите, пожалуйста, причину смерти | |
| Отец |  |  |  |  | |
| Мать |  |  |  |  | |
| Братья |  |  |  |  | |
| Сестры |  |  |  |  | |

Подписывая настоящее Заявление, Застрахованный подтверждает, что на день заключения договора от несчастных случаев и болезней не является инвалидам I, II, III группы, больным СПИДом или ВИЧ - инфицированным, не состоит на учете в онкологическом, психоневрологическом или наркологическом диспансерах.

Застрахованный информирован о том, что в случае предоставления им в настоящей Медицинской анкете неверной информации или скрытии существенных данных о состоянии своего здоровья, наступят последствия, предусмотренные правилами страхования соответствующего вида и гражданским законодательством.

Я, нижеподписавшийся, настоящим заявляю, что все предоставленные мной данные и ответы на вопросы о состоянии моего здоровья являются достоверными и исчерпывающими. Я даю согласие, чтобы эти данные служили основой для оценки Страховщиком страхового риска (определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков, расчета страхового тарифа и оформления договора страхования.

Я даю свое согласие и полномочие Совкомбанк страхование (АО) на получение всей информации о состоянии моего здоровья у любого врача или медицинской организации, где я когда-либо проходил(а) лечение и/или если буду проходить лечение в период действия договора страхования, а также от любой страховой компании, где я когда-либо заключал(а) страхования жизни и здоровья. Страхователь (Застрахованное лицо) уведомлены и полностью осознают, что сообщение заведомо ложных, а также неполных сведений по вопросам, сформулированным в данном Заявлении, либо вопросам, заданным им в отдельном письменном запросе Страховщиком, может явиться основанием для признания Договора страхования недействительным в установленном законом порядке.

Выражаю согласие на то, что настоящая Медицинская анкета является составной и неотъемлемой частью Договора страхования жизни и здоровья с момента его заключения.

Страхователь выражает свое добровольное согласие на обработку своих персональных данных Совкомбанк страхование (АО) (в том числе данных о состоянии здоровья и/или сведения, содержащиеся в заявлении на страхование и/или договоре страхования (включая прилагаемые к ним документы), а также данные, содержащиеся в документах, предоставляемых им в связи с наступлением страховых случаев, необходимые для заключения и дальнейшего исполнения договора страхования), в целях осуществления страховой деятельности (включая заключение и дальнейшее сопровождение договора страхования), предоставления информации о страховых продуктах, в том числе при непосредственном контакте или с помощью средств связи, и в иных случаях, незапрещённых законодательством Российской Федерации. Настоящее Согласие в том числе распространяется на передачу персональных данных третьим лицам, если это необходимо для поддержания функционирования информационных систем обеспечения, мониторинга и обеспечения организационной и финансово-экономической деятельности Совкомбанк страхование (АО), и в иных случаях, установленных действующим законодательством, и действительно в течение 25 лет с даты заключения договора страхования, если иное не определено законодательством Российской Федерации.

В соответствии с достигнутым соглашением между Страхователем и Совкомбанк страхование (АО), порядок отзыва настоящего согласия предусматривает, что после получения заявления в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Совкомбанк страхование (АО) обязано прекратить их обработку в течение 6 месяцев с момента получения вышеуказанного заявления об отзыве, но в любом случае не ранее истечения 3 лет с даты окончания срока действия договора страхования. При этом, в случае рассмотрения в суде или арбитражном суде спора, связанного с исполнением обязательств по договору страхования, после получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Совкомбанк страхование (АО) обязано прекратить обработку вышеуказанных персональных данных не ранее истечения 3 лет с даты вступления в законную силу соответствующего решения суда (арбитражного суда) по данному делу.

|  |  |
| --- | --- |
| Страховщик  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /                    /  (подпись)        (расшифровка подписи)  М.П. | Застрахованный  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /                    /   (подпись)        (расшифровка подписи) |
| 20\_\_г. | 20\_\_г. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Достоверность сведений о здоровье Застрахованного подтверждаю  Страхователь  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /                    /   (подпись)        (расшифровка подписи) |