

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВАНИЕ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ года**  
**к Договору добровольного медицинского страхования по программе «Здоровье без границ»**  
**ПРОГРАММА КЛАССИЧЕСКАЯ**

**Сведения о Заявителе (Страхователе)**

Фамилия, имя, отчество:	
Дата рождения:	
Место рождения:	
Адрес постоянной регистрации:	
Телефон:	
e-mail	
Паспорт:	серия _____ номер _____ выдан _____
Пол :	Дата выдачи паспорта _____ код подразделения _____ муж <input type="checkbox"/> /жен <input type="checkbox"/>

**Сведения о Застрахованном лице (заполняется в случае, если Заявитель не является Застрахованным лицом)**

Фамилия, имя, отчество:	
Дата рождения:	
Место рождения:	
Адрес постоянной регистрации:	
Телефон:	
e-mail	
Паспорт:	серия _____ номер _____ выдан _____
Пол :	Дата выдачи паспорта _____ код подразделения _____ муж <input type="checkbox"/> /жен <input type="checkbox"/>

**Настоящим подтверждаю, что на момент подписания настоящего Заявления Застрахованный:**

- не употребляет наркотики, токсические или сильнодействующие вещества, не страдает алкоголизмом и не состоит по любой из указанных причин на диспансерном учете;
- не является носителем ВИЧ-инфекции (вирусом иммунодефицита человека) и не болен СПИДом (синдромом приобретенного иммунного дефицита);
- не находится под следствием или в местах лишения свободы;
- постоянно (более 180 дней в год) проживает на территории Российской Федерации;
- на дату начала страхования возраст Застрахованного менее 65 лет.

**Медицинская анкета Застрахованного лица:**

**1. Настоящим сообщаю, что на момент подписания настоящего Заявления и/или в течение последних 10 лет Застрахованному НЕ УСТАНОВЛИВАЛСЯ диагноз и/или Застрахованный НЕ ПОЛУЧАЛ / НЕ ПОЛУЧАЕТ любое лечение в отношении следующих заболеваний или состояний, по поводу которых Вы не полностью выздоровели и/или не закончили проходить контрольные обследования или наблюдаться:**

A. Любого вида рака, лейкемии, болезни Ходжкина, лимфомы, саркомы или меланомы;

B. Любых:

- Предраковых изменений;
- Пограничных опухолей;
- Тяжелых дисплазий или дисплазий высокой степени;
- Повышение онкомаркера в крови (ПСА) до 4.0 нг/мл или выше;
- Аномальных результатов мазка шейки матки с высокой степенью плоскоклеточного интраэпителиального поражения (CIN3 + или выше);
- Аномальных результатов маммограммы (категория BI-RADS 3 или выше);

- Гипертиреоза,
- Полипов в толстой кишке, тонкой кишке и/или желудке, и
- Родилок или веснушек, которые кровоточат, становятся болезненными, меняют цвет или увеличиваются в размере;

C. Любых заболеваний крови или наследственных иммунных нарушений, требующих лечения в течение не менее одного месяца, которые требуют регулярного или продолжительного лечения иного, чем соблюдение специальной диеты (например, апластическая анемия, лимфома, миелома, миелодиспластический синдром, серповидноклеточное заболевание, талассемия);

D. Любых видов опухолей, образований, кист внутри или вокруг головного мозга (в пределах черепа);

G. Диабета (исключается лечение от гестационного диабета / диабета беременных).

H. Хронического нарушения функции почек, диализа, цирроза печени, фиброза печени или хронической печеночной недостаточности, муковисцидоза.

E. Любых видов сосудистых нарушений или нарушений кровообращения, включая инсульт, транзиторную ишемическую атаку (ТИА), кровоизлияние в мозг (кровоотечение), субарахноидальное кровоизлияние, стеноз сонных артерий, аномальные кровеносные сосуды (артериовенозная мальформация, аневризма, тромб или эмбол) в головном мозге или вокруг него (в пределах черепа);

F. Любых форм заболеваний сердца (включая, но не ограничиваясь, инфаркт, стенокардия/боль в груди, заболевания сосудов сердца, заболевания клапанов сердца, шумы в сердце или ревматизм, сердечная недостаточность, увеличение сердца или кардиомиопатия (Вы можете ответить «Нет» если проходите лечение только от высокого кровяного давления и/или высокого уровня холестерина);

**2. Ни у кого из биологических родителей Застрахованного, родных братьев или сестер, до их 50-летия, НЕ ДИАГНОСТИРОВАНЫ сердечно-сосудистые заболевания (инфаркт, операция по шунтированию или инсульт), поликистоз почек или рак кишечника, молочной железы, толстой кишки, яичников, простаты, меланомы, рак поджелудочной железы или почек.**

**3. В настоящее время /или в течение последних 6 месяцев Застрахованный НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ/ НЕ НАБЛЮДАЛСЯ по поводу каких-либо сохраняющихся или повторяющихся симптомов и/или состояний, которые еще не были исследованы, включая любое образование в груди или в яичках, ректальное кровотечение, кровь в моче, необычный кашель более шести недель, желтуху, необъяснимую потерю веса, головные боли с увеличивающейся частотой, нарушения зрения (размытое/двойное зрение, необъяснимая потеря зрения), необъяснимую потерю слуха, трудности с речью, слабость конечностей, судороги, припадки или обмороки и лабораторные показатели Вашей крови вне нормы по креатинину, печеночным ферментам, уровню кальция или онкомаркерам.**

**4. Застрахованный НЕ ПЛАНИРУЕТ в ближайшее время визит к врачу и/или НЕ ИМЕЕТ назначенный прием у врача или в больнице, причиной которого являются любые симптомы, упомянутые в вопросе 3 выше; и/или НЕ ОЖИДАЕТ в настоящее время результатов каких-либо тестов, процедур или анализов для выяснения причин таких симптомов или состояний.**

**5. Утверждение для женщин:**

**Застрахованной НЕ НАЗНАЧАЛИ магнитно-резонансную томографию молочной железы (МРТ) в течение последних 12 месяцев.**

**6. Застрахованному когда-либо в прошлом (в том числе более 10 лет назад) или в настоящее время НЕ БЫЛА РЕКОМЕНДОВАНА трансплантация органа и/или Застрахованный в настоящее время НЕ НАХОДИТСЯ в списке ожидания для трансплантации органа.**

- я согласен (-а) с тем, что в случае сокрытия или предоставления мной заведомо ложной информации о состоянии своего здоровья/здоровья моего ребенка (если ребенок является Застрахованным) на момент подписания данного Заявления, Страховой полис в отношении Застрахованного может быть признан недействительным.

- заявляю, что представленная в анкете информация является верной и понимаю, что она может иметь решающее значение при заключении договора страхования (далее Договор) и что в случае сообщения мной ложных сведений СПАО «РЕСО-Гарантия» (далее - Страховщик) имеет право отказать в выплате страхового возмещения;

- На основании ФЗ РФ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» разрешаю лечебному учреждению или врачу и любому другому учреждению, предприятию, имеющему какую-либо информацию о состоянии моего здоровья/ здоровья моего ребенка, сообщить эту информацию в страховую компанию СПАО «РЕСО-Гарантия», Страховщику даю разрешение запрашивать и получать медицинские сведения по фактам обращения за оказанием медицинской помощи, состоянию здоровья и диагнозах, и иные сведения, составляющие врачебную тайну;

- предоставляю Страховщику 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 обследование в медицинском учреждении;

- обязуюсь обо всех изменениях, связанных с моим здоровьем и деятельностью, которые могут существенно повлиять на условия страхования, сообщить Страховщику в предусмотренные Договором или Правилами страхования сроки.

- даю согласие Страховщику, в том числе работникам и представителям Страховщика, Сервисной компании, организующей лечение, на обработку моих персональных данных/ персональных данных Застрахованного лица (далее – ПД) в целях заключения Договора, осуществления страхования, в т.ч. в целях урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, сбора статистической информации и ее анализа, а также в целях исполнения требований действующего законодательства РФ. Страховщик может осуществлять обработку моих ПД в течение действия Договора, а также в течение 5 лет после прекращения его действия.

- мои ПД, в том числе специальные ПД, включают: фамилию, имя, отчество, дату рождения, паспортные данные и/или данные другого документа, удостоверяющего личность, адрес проживания/регистрации, телефоны, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения в медицинские учреждения.

Предоставляю Страховщику право осуществлять все действия с моими ПД, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать мои ПД посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных, в том числе с целью оповещения меня об услугах и предложениях (акциях) Страховщика.

- Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать мои ПД, в том числе специальные ПД, в Сервисную компанию, медицинские учреждения и перестраховщикам с которыми у Страховщика имеются договорные отношения, и получать от этих учреждений данные обо мне. Передача моих ПД 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 его посредством направления Страховщику 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. Страхователю известно, что данное Заявление является неотъемлемой частью Договора страхования, и что в пределах данного Договора страхования он несет полную ответственность за точность сведений, содержащихся в Заявлении.

Я полностью прочитал (а) Заявление на страхование и полностью осознаю смысл прочитанного.

Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления заявления)

Заявитель \_\_\_\_\_  
(подпись)

Застрахованный \_\_\_\_\_  
(подпись)

**Отметки Страховой компании:**

Агент / представитель Страховщика: \_\_\_\_\_ Код \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_  
(ФИО / Наименование)