

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВАНИЕ от «___» _____ года

К Договору добровольного медицинского страхования по программе «Здоровье без границ»

ПРОГРАММА ОНКОЛОГИЯ РАСШИРЕННАЯ

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.

2. Ни у кого из биологических родителей Застрахованного, родных братьев или сестер, до их 50-летия, НЕ ДИАГНОСТИРОВАНЫ рак кишечника, молочной железы, толстой кишки, яичников, простаты, меланома, 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.

- 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.

- 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)