

**ЗАЯВЛЕНИЕ-АНКЕТА**

**на добровольное медицинское страхование**

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

Заполненное и подписанное Заявителем настоящее Заявление является основой для заключения договора страхования и является его неотъемлемой частью. Однако из факта предоставления Страховщику подписанного Заявителем настоящего Заявления, не следует обязательства Страховщика предоставлять страховое покрытие и обязательства Страхователя в заключении договора.

Прочерки, исправления или отсутствие ответов Заявителя на поставленные вопросы, считаются отрицательным ответом.

**Прошу осуществить страхование по программам, включающим следующие медицинские услуги** (*отметить* ⌧):

❑ амбулаторно-поликлиническая помощь

❑ стационарная помощь экстренная

❑ стационарная помощь плановая

❑ стоматологическая помощь

❑ вызов врача на дом

❑ скорая медицинская помощь

|  |
| --- |
| **1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О СТРАХОВАТЕЛЕ/ЗАЯВИТЕЛЕ** |
| 1.1 ФИО |  |
| 1.2 Адрес | постоянной регистрации |  |
| фактического проживания |  |
| 1.3 Дата и место рождения |  |
| 1.4 Контактные телефоны, e-mail |  |
| 1.5 Паспортные данные: серия, номер паспорта, когда и кем выдан |  |
| 1.6 Гражданство |  |
| 1.7 Место работы, должность  |  |
| **2. ДАННЫЕ О ЛИЦЕ, ПРИНИМАЕМОМ НА СТРАХОВАНИЕ** |
| 2.1 ФИО |  |
| 2.2 Адрес | постоянной регистрации |  |
| фактического проживания |  |
| 2.3 Степень родства со страхователем |  |
| 2.4 Контактные телефоны, e-mail |  |
| 2.5 Паспортные данные: серия, номер паспорта, когда и кем выдан |  |
| 2.6. Гражданство |  |
| 2.7. Город обслуживания |  |
| **3. ИНФОРМАЦИЯ ПО СТРАХОВАНИЮ ЗДОРОВЬЯ**  |
| *пп. 3.1-3.3 заполняются только для лиц старше 14 лет* |
| 3.1 Рост см Вес кг |
| 3.2 Артериальное давление (обычное мм.рт.ст.) Верхнее Нижнее |
| 3.3. **Вредные привычки** (нужное подчеркнуть):  Курение: Да Нет Cреднее количество выкуриваемых сигарет в день:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_штук Алкоголь Да Нет Количество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_мл и частота приема \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3.4. **Характеристика рабочего места** (сменность, интенсивность, вредные условия труда) |
| 3.5. **Состоите ли на учете в диспансерах?**Если «да», укажите профиль диспансера и причину постановки на учет: |
| 3.6. **Была ли Вам когда-либо присвоена группа инвалидности?** Если «да», укажите:Причина инвалидности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Группа инвалидности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ В каком году снята инвалидность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3.7. **Был ли госпитализирован за последние 2 года?** *Если «да», укажите:*Год Диагноз Проведенное лечение в стационаре |
| 3.8. **Вам приходилось вызывать бригаду скорой помощи за последние 2 года?** *Если «да», укажите:*Год……………………….. Причина вызова |
| 3.9**. Сколько раз за последние 12 мес. Вы болели ОРВИ (простудой)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| 3.10 **Отмечаются ли у Вас в настоящее время или отмечались когда-либо следующие заболевания** *Если «да», укажите какие***:** |
| Аллергические реакции Бронхиальная астмаПовышенное артериальное давление (гипертония)Ишемическая болезнь сердца (стенокардия, инфаркт)Нарушения сердечного ритмаИнсульт Эпилептический синдромОнкологические (раковые) заболевания:Сахарный диабет Язва желудка или двенадцатиперстной кишкиАнемия или другие заболевания крови Нарушения функции щитовидной железы Гепатит Желчекаменная болезньПеченочная недостаточностьВарикозное заболевание венГрыжа  | Дерматологические болезниХроническая ЛОР-патологияМочекаменная болезньУрологические заболевания Остеохондроз позвоночника, радикулитГрыжи межпозвоночных дисковПовреждение суставов и связочного аппарата (указать причину травмы)Простатит (для мужчин)Аденома предстательной железы (для мужчин)Мастопатия (для женщин)Кисты яичников (для женщин)Эрозия шейки матки (для женщин)Гиперплазия эндометрия, полипы эндометрия или цервикального канала (для женщин)Миома матки (для женщин)Воспалительные заболевания женских органов (для женщин)Парадонтит, пародонтоз |
| 3.11 **Врожденные или приобретенные пороки, аномалии развития органов и систем***Если «да», укажите:* |
| 3.12 **Имеете ли Вы стенты, протезы (кроме стоматологических), импланты (кроме стоматологических),****металлоконструкции, водители ритма и т.д.?** *Если «да», укажите какие, когда поставлены:* |
| 3.13 **Укажите заболевания, которые у Вас отмечались или отмечаются, но не были указаны выше.** |
| 3.13. **Рекомендовано ли Вам стационарное лечение или проведение медицинских исследований и манипуляций в условиях стационара?** *Если «да», укажите причину (заболевание/состояние):* |
| 3.14 **Планируете ли Вы беременность в ближайшие 12 месяцев? (для женщин)** |
| 3.15. **Вы занимаетесь каким-либо видом спорта?** *Если «да», укажите каким именно:* |
| 3.16. **Вы обеспокоены состоянием Вашего здоровья в настоящее время?***Если «да», укажите что именно Вас беспокоит:* |
| 3.17. **Примерно сколько раз в год Вы обращаетесь в поликлинику (к врачу)? К какому специалисту, по какому поводу?** |
| 3.18 **Нуждаетесь ли Вы в дополнительном обследовании:**а) нет,б)да, по поводу заболевания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в)плохого самочувствия. |
| *пп. 3.17-3.24 заполняются только для страхования детей в возрасте до 3-х лет* |
| 3.17. **Возраст матери в родах (полных лет) лет** |
| 3.18. **Была ли патология (осложнения) беременности?** *Если «да», укажите какая:* |
| 3.19 **Была ли патология (осложнения) родов?** *Если «да», укажите какая:* |
| 3.20. **Выписка из роддома на \_\_\_\_\_ сутки** 3.21 Оценка по шкале Апгар \_\_\_\_\_\_\_баллов |
| 3.22 **Выявлена ли врожденная патология у ребенка? Если «да», укажите какая:** |
| 3.23 **Был ли перевод ребенка из родильного дома в другое лечебное учреждение?***Если «да», укажите причину (диагноз) и название клиники:*Причина перевода (Диагноз) Название клиники |
| 3.24. **Какие были роды?** *отметить нужное*неосложненные (естественные родовые пути)плановое кесарево сечениеэкстренное кесарево сечениеосложненные роды с родоспомогающими пособиями (наложением родовых щипцов и т.д.) |

Я подтверждаю, что мне понятны все вопросы настоящей анкеты. Сообщенная мною информация достоверна, на сегодня мне не известны и не должны быть известны какие-либо иные данные о моем здоровье.

Я разрешаю любому лечебному учреждению или врачу, имеющих какую-либо информацию о состоянии здоровья Застрахованного, сообщить эту информацию в АО «ОСК».

Я предоставляю АО «ОСК» 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 медицинское обследование,

Я обязуюсь обо всех изменениях, связанных с моим здоровьем и деятельностью, которые могут существенно повлиять на условия страхования, сообщить в АО «ОСК» в 14-дневный срок с момента получения информации об этих изменениях.

Я согласен с тем, что на основании моих ответов АО «ОСК» оценит степень страхового риска и определит размер страховой премии. Мне известно, что в случае предоставления мною недостоверной информации АО «ОСК» имеет право отказать в выплате страхового возмещения или расторгнуть договор без возврата суммы внесенной страховой премии.

В соответствии с требованиями ст.ст. 23, 24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и в целях оказания услуг в области медицинского страхования, подписывая настоящую анкету, я своей волей и в своем интересе даю Открытому акционерному обществу «Объединенная страховая компания» (сокращенное наименование АО «ОСК»), расположенному по адресу: 443010, г. Самара, ул. Молодогвардейская, 94 согласие на обработку (в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, распространение, передачу (в том числе трансграничную), обезличивание, блокирование и уничтожение) указанных в настоящей анкете моих персональных данных, при этом такое согласие дается мною АО «ОСК» на весь срок моей жизни и может быть отозвано мною в любой момент времени путем передачи АО «ОСК» подписанного мною письменного уведомления.

Настоящее согласие дано на обработку моих персональных данных следующими способами: на бумажных носителях; в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом; при участии и при непосредственном участии человека

Настоящее согласие дано в момент подписания Договора и действует бессрочно. Я знаю, что имею право в любой момент отозвать своё согласие посредством направления Страховщику соответствующего 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 казанное 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.

Страхователь принимает на себя ответственность за полноту и правдивость сведений, изложенных о Застрахованном выше.

Страхователю известно, что данное Заявление является юридической основой Договора страхования, и что в пределах данного Договора он несет полную ответственность за точность сведений, содержащихся в Заявлении.

Страхователю известно, что на основании ответов на вопросы данной анкеты о лице, принимаемом на страхование, Страховщик имеет право отказать в заключении договора добровольного медицинского страхования или ввести повышающий коэффициент.

Условия страхования, изложенные в Правилах добровольного медицинского страхования, представленных Страховщиком, мне известны; сведения, изложенные в настоящем Заявлении, являются полными и достоверными, а Заявление является составной частью договора страхования, заключенного на основании данного Заявления.

Заявитель/Страхователь/Застрахованное лицо 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (ФИО) (подпись)

 Застрахованное лицо 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (ФИО) (подпись)

**4. ЗАКЛЮЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА**

|  |
| --- |
| 4.1. Группа здоровья |
| 4.2. Программы ДМС с указанием страховой суммы |
| 4.3 МУ (Медицинские учреждения) |
| 4.4. Комментарии |
| Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**5. РАСЧЕТ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ ПО ДОГОВОРУ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование программы страхования | Страховая сумма | Тариф  | Повышающие коэффициенты | Страховая премия |
| Регион страхования | Группа здоровья | Тип ЛПУ | Возраст застрахованных | Число лиц, принимаемых на страхование | Условие прямого доступа |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Всего |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Условия страхования, изложенные в Правилах добровольного медицинского страхования, представленных Страховщиком, мне известны; сведения, изложенные в настоящем Заявлении, являются полными и достоверными, а Заявление является составной частью договора страхования, заключенного на основании данного Заявления.

Заявитель/Страхователь/Застрахованное лицо 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (ФИО) (подпись)

 Застрахованное лицо 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (ФИО) (подпись)

|  |
| --- |
| **ПРОЧАЯ ИНФОРМАЦИЯ** |
|  Страхователь извещен, что имеет возможность изменять либо дополнять условия договора страхования, а также исключать из него те или иные условия на основании соглашения, подписанного сторонами. Предложения по изменению, дополнению или исключению условий договора страхования вносятся в письменной форме. Подтверждаю, что Страховщик предоставил мне следующую информацию:1) об условиях, на которых может быть заключен договор страхования, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, а также порядок осуществления страховой выплаты (страхового возмещения), в том числе перечень документов, которые необходимо представить вместе с заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая;2) об обстоятельствах, влияющих на размер страховой премии, о способах и сроках (периодичности) уплаты страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов);3) о применяемых страховой организацией франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях получателя страховых услуг, совершение которых может повлечь отказ страховой организации в страховой выплате или сокращение ее размера;4) о наличии дополнительных условий для заключения договора страхования, в том числе о необходимости проведения обследования получателя страховых услуг при заключении договора страхования или осмотра имущества, подлежащего страхованию, а также о перечне документов и информации, необходимых для заключения договора страхования;5) о размере (примерном расчете) страховой премии на основании представленного получателем страховых услуг заявления о заключении договора страхования с уведомлением получателя страховых услуг о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска;6) о наличии условия возврата страхователю уплаченной страховой премии в случае отказа страхователя от договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения или о его отсутствии в соответствии с действующим законодательством;7) о праве получателя страховых услуг запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру;8) о сроках рассмотрения обращений получателей страховых услуг относительно страховой выплаты, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от компетентных органов и (или) сторонних организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия страховой организацией решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты;9) о принципах расчета ущерба, причиненного застрахованному имуществу в случае его повреждения, а также о порядке расчета износа застрахованного имущества в случае наличия в договоре страхования условия осуществления страховой выплаты с учетом износа застрахованного имущества. |
|  Настоящим страхователь предоставляет АО «ОСК», ОГРН 1026301414930, место нахождения: 443099, г. Самара, ул. Молодогвардейская, д. 94 (далее – Страховщик) в целях оказания услуг в области страхования и противодействия неправомерным действиям в сфере страхования, в том числе в целях передачи в Центральный Банк РФ, саморегулируемые организации страховщиков, бюро страховых историй, правоохранительные и контролирующие органы, согласие на обработку (в том числе сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение), как с использованием, так и без использования средств автоматизации, сообщенных мною в настоящем заявлении, а также всех полученных Страховщиком при наступлении страхового события от меня и (или) третьих лиц моих персональных данных. Согласие дается Страховщику до момента его отзыва. При этом настоящее согласие может быть отозвано мною в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного мною письменного уведомления. |
|  ☐ Да ☐ Нет |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  | 20 |  |  г. |  |  |  |  |
|  | (подпись Страхователя) |  | (расшифровка подписи) |