

ДЕКЛАРАЦІЯ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я

(додаток до Заяви на страхування життя № _____)

Увага! Просимо докладно та достовірно відповісти на всі питання заяви, інакше Вам можуть відмовити в наданні страхового захисту.

ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА	СТРАХУВАЛЬНИК	(непотрібне закреслити)
_____ р.	_____ р.	_____ р.
Прізвище	Ім'я	По батькові
		Дата народження
ПИТАННЯ ЗАГАЛЬНОГО І МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ ДО ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ / СТРАХУВАЛЬНИКА У випадку позитивних відповідей на питання, прохання детально відповісти на ці пункти.		
(непотрібне закреслити)		кількість додаткових аркушів
При необхідності, відповіді на поставлені питання можна на додатковому аркушеві паперу		
1. Галузь: Посада:	Службові обов'язки:	
2. Назва та адреса медичної установи, де Ви зазвичай обслуговуєтесь: _____ (назва) _____ (адреса) _____ (тел.)		
3. Зріст _____ (см) Вага _____ (кг)	Чи збільшилась/зменшилась (необхідне підкреслити) вага Вашого тіла більш ніж на 5 кг за останній рік? Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
4. Якщо Ви палите, вкажіть скільки сигарет, сигар, люльок на день (необхідне підкреслити) та упродовж якого часу: _____ (шт.)/ _____ (років) Якщо Ви вживаєте міцні напої (вміст спирту перевищує 20% об.), вкажіть середню кількість на тиждень та упродовж якого часу: _____ (мл)/ _____ (років)		
5. Чи рекомендували Вам кинути палити за медичними показаннями?		Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
6. Чи зверталися Ви за консультаціями або пройшли курс лікування від алкоголізму чи наркоманії?		Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
7. Чи існує у Вас інший Договір страхування життя? Страхова Компанія _____ Страхова сума та Ризики _____ Діє з: _____ по: _____		Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
8. Чи відмовляли Вам у страхуванні? Чи були Ви прийняті на страхування на спеціальних умовах? (вкажіть назву страхової компанії та причини відмови або зміст спеціальних умов)		Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
9. Чи пов'язана Ваша професія з діяльністю або обставинами, які можуть негативно позначитися на стані Вашого здоров'я або тривалості життя, наприклад: робота під землею, вибухонебезпечні/верхолазні/кесонні роботи, перебування в зоні ЧАЕС, робота з отруйними речовинами?		Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
10. Чи пов'язане Ваше захоплення з діяльністю або обставинами, які можуть негативно позначитися на стані Вашого здоров'я або тривалості життя, наприклад: авіаспорт, автомобільні перегони, мотоспорт, підводне плавання, стрибки з парашутом, альпінізм, банджи-джампінг тощо?		Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
11. Чи займаєтесь Ви спортом, наприклад: лижі, бокс, боротьба чи інші єдиноборства, футбол чи інші командні види спорту? Як часто?		Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
Чи констатовані у Вас наступні захворювання:		
12. Будь-яка хвороба серця (наприклад ендокардит, шуми, ішемічна хвороба, задишка, прискорене серцебиття, біль у грудній клітці тощо)?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
13. Підвищений кров'яний тиск, хвороба судин або порушення кровообігу?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
14. Захворювання дихальних шляхів (астма, бронхіт, туберкульоз тощо)?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
15. Захворювання системи травлення, жовчного міхура або печінки (виразка, хронічний гастрит, часті діареї, запори, печія тощо)?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
16. Захворювання нирок, статевих та сечовивідних органів, сечового міхура?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
17. Будь-які нервові або психічні захворювання, наприклад, епілепсія, часткова утрата свідомості, параліч або стан депресії?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
18. Захворювання носоглотки, вух, очей, погіршення зору?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
19. Захворювання опорно-рухового апарату (м'язів, кісток, суглобів, хребта)?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
20. Захворювання щитовидної залози або інші захворювання ендокринної системи, діабет?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
21. Новоутворення (пухлини злоякісні або доброякісні), захворювання крові?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
22. Інші захворювання, операції, госпіталізація, непрацездатність за останні 5 років?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
23. Чи маєте Ви намір звернутися до лікаря найближчим часом? З якої причини?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
24. Чи отримували Ви коли-небудь позитивний або сумнівний результат обстеження на ВІЛ, гепатити або захворювання, що передаються статевим шляхом?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
25. Чи проходили Ви спеціальне обстеження (рентген, ЕКГ, УЗД) в останні 5 років? З якої причини?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
26. Чи приймали Ви транквілізатори (антидепресанти), седативні (снотворні), наркотичні речовини в лікувальних та інших цілях?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
27. Чи проводилося (проводиться) Вам лікування, яка-небудь медикаментозна, променева терапія? Коли? Як довго?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
28. Питання для жінок: будь-які гінекологічні захворювання (молочної залози, придатків, матки, ускладнена вагітність, кесарів розтин або перервана вагітність)?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
Історія родини		
29. Чи зустрічалися або чи є у Ваших близьких родичів наступні захворювання: діабет, рак, інсульт, хвороби серця, нирок, або інші спадкові захворювання, що проявилися до 60 років?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	

Я підтверджую і гарантую, що інформація, надана в цьому Додатку є правдивою, достовірною та вичерпною, і я розумію, що ця інформація може мати вирішальне значення при укладанні Договору страхування. Неповна і неправдива інформація може привести до неукладання або припинення дії Договору страхування та/або відмови у здійсненні страхової виплати.

ПІБ Застрахованої особи _____

(підпис Застрахованої особи)

Дата: _____