

№ _____ ОТ _____

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВАНИЕ НА СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИРОВАНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

поля, где требуется выбрать ответ, просим отметить знаком V

1. СТРАХОВАТЕЛЬ

1.1. СТРАХОВАТЕЛЬ (ДЛЯ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ ИЛИ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЕЙ)

| | | | |
|---|----------------|---|----------|
| ФИО | | Фамилия при рождении | |
| ИНН (при его наличии) | | Гражданство | |
| Дата рождения г. | Место рождения | Пол <input type="checkbox"/> мужской <input type="checkbox"/> женский | |
| Документ, удостоверяющий личность кем и когда выдан | | серия | номер |
| Адрес фактического места жительства индекс | | населенный пункт | |
| улица | | дом (кор., стр.) | квартира |
| Контактный телефон | | | |
| Банковские реквизиты | | | |
| Вид трудовой деятельности <input type="checkbox"/> предприниматель <input type="checkbox"/> офисный работник <input type="checkbox"/> студент <input type="checkbox"/> другое | | | |
| Место работы | | Должность | |
| Контактный телефон | | | |

1.2. СТРАХОВАТЕЛЬ (ДЛЯ ЮРИДИЧЕСКИХ ЛИЦ)

| | | | |
|--|--|------------------|----------|
| Полное наименование организации | | | |
| Сокращенное наименование организации (если имеется) | | | |
| Наименование организации на иностранном языке (если имеется) | | | |
| Организационно-правовая форма | | | |
| ИНН | | ОГРН | |
| Юридический адрес индекс | | населенный пункт | |
| улица | | дом (кор., стр.) | офис |
| Почтовый адрес индекс | | населенный пункт | |
| улица | | дом (кор., стр.) | квартира |
| Расч./С | | БИК | Корр./С |

2. ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО (ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЕСЛИ НЕ СОВПАДАЕТ СО СТРАХОВАТЕЛЕМ)

| | | | |
|---|----------------|---|----------|
| ФИО | | Фамилия при рождении | |
| ИНН (при его наличии) | | Гражданство | |
| Дата рождения г. | Место рождения | Пол <input type="checkbox"/> мужской <input type="checkbox"/> женский | |
| Документ, удостоверяющий личность кем и когда выдан | | серия | номер |
| Адрес фактического места жительства индекс | | населенный пункт | |
| улица | | дом (кор., стр.) | квартира |
| Контактный телефон | | | |
| Банковские реквизиты | | | |
| Вид трудовой деятельности <input type="checkbox"/> предприниматель <input type="checkbox"/> офисный работник <input type="checkbox"/> студент <input type="checkbox"/> другое | | | |
| Место работы | | Должность | |
| Контактный телефон | | | |

3. ТЕХНИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

| |
|--|
| Срок страхования _____ лет |
| Валюта договора <input type="checkbox"/> доллары США |
| Периодичность уплаты страхового взноса <input type="checkbox"/> ежегодно <input type="checkbox"/> раз в полгода <input type="checkbox"/> ежеквартально |

4. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛИ НА СЛУЧАЙ СМЕРТИ ЗАСТРАХОВАННОГО

4.1. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛИ (ДЛЯ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ)

| | |
|--|----------------|
| <input type="checkbox"/> наследники Застрахованного лица <input type="checkbox"/> другие лица, указанные ниже: | |
| 1. ФИО | Гражданство |
| Дата рождения г. | Место рождения |
| ИНН (при его наличии) | |
| Доля, % | |
| 2. ФИО | Гражданство |
| Дата рождения г. | Место рождения |
| ИНН (при его наличии) | |
| Доля, % | |

4.2. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛИ (ДЛЯ ЮРИДИЧЕСКИХ ЛИЦ)

| | |
|---------------------------------|--|
| Полное наименование организации | |
| ИНН (для резидента) | |
| Доля, % | |

5. ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДАХ (пожалуйста, укажите чистый доход от профессиональной деятельности)

в 20__ г. _____ рублей | в 20__ г. _____ рублей | в 20__ г. _____ рублей

6. СТРАХОВАЯ ИСТОРИЯ

Является ли лицо, принимаемое на страхование, Застрахованным лицом по программам страхования: жизни, на случай наступления критических заболеваний, или Страхователем по программе страхования жизни с выплатой аннуитетов в ООО «СК «ЭРГО Жизнь»? Да Нет

Застрахована ли жизнь и здоровье Застрахованного лица, указанного в данном заявлении в качестве застрахованного, или были застрахованы, или заполнялись заявления на страхование в других страховых компаниях по программам страхования жизни, на случай наступления критических заболеваний? Да Нет (если да, заполните, пожалуйста, строки ниже)

Укажите название страховой компании _____ Вид страхования _____

Срок страхования с _____ г. до _____ г. Страховая сумма _____

Возникли ли сложности или были ли отклонены/отозваны заявления? Да Нет

Подробности _____

7. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ АНКЕТА

ФИО, адрес и телефон лечащего врача: _____

Если врач лечит Вас менее 6 месяцев, укажите адрес и имя также предыдущего врача: _____

Дата и причина последней консультации/обращения за медицинской помощью: _____

7.1. ПОЖАЛУЙСТА, ОТВЕЬТЕ НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ

7.1.1. Рост, см _____ Вес, кг _____ 7.1.2. Артериальное давление верхнее (систолическое) _____ нижнее (диастолическое) _____

7.1.3. Информация о курении (указать количество сигарет в день) _____ шт./день, с какого возраста? _____

Потребление алкоголя (вид алкоголя и количество за неделю в литрах): пиво - _____, вино - _____, крепкие напитки (>40) - _____

7.1.4. Страдали Вы или страдаете в настоящее время какими-либо раковыми, злокачественными заболеваниями (включая лейкемию, болезнь Ходжкина) или предраковым заболеванием? нет да

7.1.5. Страдали Вы или страдаете в настоящее время какими-либо наследственными, врождёнными, аутоиммунными заболеваниями или снижением иммунитета? нет да

7.1.6. Страдали Вы или страдаете в настоящее время какими-либо заболеваниями желудочно-кишечного тракта (например, хронический гастрит, язва желудка или язва двенадцатиперстной кишки, неспецифический язвенный колит, Болезнь Корна, хронический панкреатит, холецистит или полипы различной локализации)? нет да

7.1.7. Страдали ли Вы или страдаете в настоящее время какими-либо заболеваниями почек, мочевого пузыря (например, хронический цистит, полип мочевого пузыря)? нет да

7.1.8. Страдали Вы или страдаете в настоящее время какими-либо заболеваниями дыхательной системы (например, хронический бронхит или пневмония, множественные бронхоэктазы, фиброзно-кистозная дегенерация, туберкулез)? нет да

7.1.9. Страдали Вы или страдаете в настоящее время какими-либо заболеваниями щитовидной железы (например, узловой или диффузный зоб), сахарным диабетом или каким-либо другим эндокринными нарушениями обмена веществ? нет да

7.1.10. Вопрос для женщин:

Страдали Вы или страдаете в настоящее время какими-либо заболеваниями матки и яичников (например, эрозия, полип, папиллома или лейкоплакия шейки матки; миома матки; гиперплазия эндометрия; поликистоз яичников) или заболеваниями молочных желез (например кистознофиброзная мастопатия, фиброаденома молочной железы). нет да

Отмечались ли у Вас или имеются в настоящее время нарушения менструального цикла, появления каких-либо патологических выделений? нет да

7.1.11. Вопрос для мужчин:

Страдали Вы или страдаете в настоящее время какими-либо заболеваниями предстательной железы, заболеваниями молочных желез (например кистознофиброзная мастопатия, фиброаденома молочной железы) или половых органов? нет да

7.1.12. Имелось ли или имеются у Вас в настоящее время какие-либо заболевания крови (например, анемия, лейкопения, нарушение свертываемости крови)? нет да

7.1.13. Имелось ли или имеются у Вас в настоящее время какие-либо заболевания костно-мышечной системы (например, дисплазия костной ткани, костные экзостозы, болезнь Педжета)? нет да

7.1.14. Страдали ли Вы или страдаете в настоящее время какими-либо заболеваниями уха, горла, носа, глотки и ротовой полости (в частности, ожоги от горячей пищи, воспаление или грибковые поражения) или нарушением органов зрения, слуха или обоняния? нет да

7.1.15. Страдали ли Вы или страдаете в настоящее время необъяснимыми:

- повышением температуры тела, нет да

- увеличением лимфатических узлов, нет да

- потерей веса, нет да

- изменением аппетита, нет да

- приступами слабости, нет да

- частыми головными болями, потерей сознания, нет да

- наличием крови в кале, нет да

- высыпаниями на коже, нет да

- появлением ранее отсутствующих подкожных образований, нет да

- изменением внешнего вида родинок/ родимых пятен? нет да

7.1.16. Страдали ли Вы или страдаете в настоящее время какими-либо иными неупомянутыми выше заболеваниями (болезни, расстройства, телесные повреждения)? нет да

7.1.17. Выявлялся ли у Вас когда-либо положительный результат на наличие антител СПИД, синдром Эпштейна-Барра, ВПЧ (вирус папилломы человека) или вирус гепатита? нет да

7.1.18. Проходили ли Вы недавно, проходите в настоящее время или планируете проходить какие-либо диагностические обследования? Имеются ли отклонения от нормальных значений? Был ли поставлен диагноз под вопросом или диагноз, требующий дополнительных обследований? нет да

7.1.19. Принимали ли Вы или принимаете в настоящее время какие-либо лекарственные препараты, включая оральные контрацептивы, гормоны, препараты для лечения бесплодия или стимулирующие наступление беременности? нет да

7.1.20. Длится ли когда-либо Ваша нетрудоспособность более 6 недель? Если да, укажите причину и срок. нет да

7.1.21. Госпитализировали ли Вас когда-нибудь или Вы планируете госпитализацию? Если да, пожалуйста, укажите диагноз. нет да

7.1.22. Оперировали ли Вас когда-нибудь или Вы планируете операцию? Если да, укажите диагноз. нет да

7.1.23. Была ли Вам установлена или присвоена в настоящее время группа инвалидности? Находитесь ли вы в процессе оформления группы инвалидности? Представляли/ направляли ли Вас на медико-социальную экспертизу, устанавливалась ли Вам группа инвалидности, и получали ли Вы в связи с этим какие-либо пособия? нет да

| | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| 7.1.24. Проходили ли Вы или проходите в настоящее время лечение от алкоголизма или наркотической зависимости? | <input type="checkbox"/> нет | <input type="checkbox"/> да |
| 7.1.25. Подвергались ли Вы когда-либо каким-либо производственным рискам, таким как воздействие ионизирующего излучения, пыли или газов? | <input type="checkbox"/> нет | <input type="checkbox"/> да |
| 7.1.26. Есть ли у Вас бабушка или дедушка, мать или отец, кто либо из сестер или братьев, которые болели раком или умерли от него или его осложнений? Если да, то пожалуйста, укажите более подробную информацию о диагнозе и возрасте в котором был установлен диагноз рака или возраст на момент смерти(и, соответственно, причину смерти). | <input type="checkbox"/> нет | <input type="checkbox"/> да |
| 7.1.27. Занимаетесь ли Вы каким-либо видом спорта на любительском или профессиональном уровне? (Если да, укажи ниже) | <input type="checkbox"/> нет | <input type="checkbox"/> да |

Если Вы ответили «Да» на какой-либо из вопросов, пожалуйста, поставьте номер вопроса и ответьте более подробно:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

ЕСЛИ ВАМ НЕ ХВАТАЕТ МЕСТА ДЛЯ УКАЗАНИЯ КАКОЙ-ЛИБО ИНФОРМАЦИИ, ПРИЛОЖИТЕ ПОЖАЛУЙСТА ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ЛИСТ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ЛИСТ ПРИЛАГАЕТСЯ

Мы подтверждаем, что на момент заполнения заявления у Застрахованного лица отсутствуют:

- любые предраковые изменения;
- существующее онкологическое заболевание;
- ассоциированные злокачественные состояния (напр., миелодиспластические, миелопролиферативные заболевания крови);
- рак in situ («онкологическое заболевание в начальной стадии»);
- любые предраковые состояния;
- рецидив ранее диагностированного или вылеченного онкологического заболевания.

Мы заявляем, что сведения, указанные Страховщику в ответ на поставленные вопросы и отраженные в данном вопроснике, являются полными, правдивыми и точными; не упущены и не скрыты факты, касающиеся прошлого и настоящего состояния здоровья Застрахованного лица, также его профессиональной деятельности и занятий спортом, нам известно, что данный вопросник является частью страхового полиса. Мы знаем, что сообщение о заведомо шных, а также неполных сведений по вопросам, сформулированным в данном вопроснике, либо запросам, заданным нам в отдельном письменном запросе Страховщиком, может явиться основанием для одностороннего отказа Страховщика от исполнения договора страхования, а также признания договора страхования недействительным в установленном законом порядке. Все сведения, содержащиеся в данном вопроснике, являются конфиденциальными и могут быть в любой форме переданы третьим лицам только по обоюдному согласию сторон.

С текстом правил мы ознакомлены; положения Правил страхования нам разъяснены; экземпляр Правил страхования нам вручен. Застрахованное лицо согласно с тем, что его жизнь будет застрахована в пользу Выгодоприобретателя/лей, в том числе, если Выгодоприобретатель является сам Страхователь. В случае необходимости медицинского заключения для оценки Страховщиком степени риска, Застрахованное лицо согласно на прохождение медицинского обследования за свой счет. Мы также обязуемся предоставить Страховщику все запрошенные им документы, необходимые для оценки страхового риска. Мы согласны с тем, что в случае отказа предоставить запрошенные документы, Страховщик в праве в одностороннем порядке отказаться от исполнения условий договора страхования.

Настоящим выражаю свое согласие на обработку всех содержащихся в настоящем заявлении и прилагающихся к нему документах персональных данных ООО «СК «ЭРГО Жизнь» (юр.адрес: 127015, РФ, Москва, ул. Бутырская, д. 46, стр. 1) в целях осуществления предстрахового андеррайтинга, заключения и исполнения договора страхования и перестрахования посредством выполнения следующих действий по обработке персональных данных: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (изменение, обновление), использование, распространение (в том числе передачу третьим лицам, трансграничную передачу третьим лицам в следующие государства: Федеративная Республика Германия, Королевство Бельгия, Швейцарская Конфедерация, Республика Словения), обезличивание, блокирование, уничтожение; данное согласие дано без ограничения срока действия и может быть отозвано путем личной подачи письменного заявления на имя генерального директора ООО «СК «ЭРГО Жизнь».

На основании положений Федерального закона № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» Застрахованное лицо разрешает медицинским и иным учреждениям предоставлять информацию о состоянии его здоровья, о фактах обращения за оказанием медицинской помощи, диагнозе, иных сведений, полученных при его медицинском обследовании и лечении, составляющие врачебную тайну, в том числе предоставление копий медицинских документов, отражающих состояние его здоровья по запросу ООО «СК «ЭРГО Жизнь».

Настоящим подтверждаю отказ в предоставлении данных, запрашиваемых в Приложении № 1

ФИО _____ / _____

ПОДПИСЬ СТРАХОВАТЕЛЯ: _____

ПОДПИСЬ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА: _____

| | | |
|--|-------|----------------|
| ЗАПОЛНЯЕТСЯ СОТРУДНИКОМ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ | | |
| РЕГИОН | АГЕНТ | ПОДПИСЬ АГЕНТА |