

|  |  |
| --- | --- |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ-АНКЕТА**  **о приеме на страхование по программе Онкострахование** |  |

# СВЕДЕНИЯ О СТРАХОВАТЕЛЕ:

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО |  |
| Пол | М  Ж |
| Дата рождения | «     »           г |
| Паспортные данные | Серия       Номер       дата выдачи  Кем выдан |
| Адрес регистрации |  |
| Гражданство |  |
| Телефон |  |
| Е-mail |  |

**СВЕДЕНИЯ О ЗАСТРАХОВАННОМ ЛИЦЕ**

(заполняется, если Застрахованное лицо не является Страхователем)

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО |  |
| Пол | М  Ж |
| Дата рождения (дд.мм.гггг.) | «     »           г |
| Паспортные данные | Серия       Номер |

**Страховая программа**

|  |  |
| --- | --- |
| Онкология РФ |  |
| Онкология МИР |  |
| Онкология + Критические заболевания РФ |  |
| Онкология + Критические заболевания МИР |  |

**Информация о состоянии здоровья**

**ВАЖНО!** Если Вы ответили «Да» в каком-либо из вопросов ниже, просьба дополнить ответ

комментариями на дополнительной странице.

|  |  |
| --- | --- |
| РОСТ (см) |  |
| ВЕС (кг) |  |
| 1. Наблюдалась ли у Вас непроизвольная потеря более 10% от массы тела за последние 12 месяцев? | ДА  НЕТ |
| 2. Курите ли Вы? Как долго?  Каково ежедневное количество потребляемых Вами табачных изделий?  Если Вы бросили курить, укажите дату окончательного прекращения курения. | ДА  НЕТ |
| 3. Рак у биологических родственников первой степени (родителей, детей, братьев/сестер). В случае положительного ответа просьба указать степень вашего родства, заболевание и возраст, в котором было диагностировано заболевание или произошла смерть: | ДА  НЕТ |
| 4. Расстройства, связанные с нарушением деятельности нервной системы и мозга, и дефекты развития, в том числе: эпилепсия, инсульт, паралич, рассеянный склероз, болезнь Гоше, атрофия мышц, болезнь Паркинсона, слабоумие, болезнь Альцгеймера, умственная отсталость, синдром Дауна, дефицит внимания, первазивные расстройства развития, нарушения развития и/или роста | ДА  НЕТ |
| 5. Кожные заболевания, в том числе: опухоли и/или язвы, псориаз, воспаления | ДА  НЕТ |
| 6. Заболевания пищеварительной системы и грыжи, в том числе: рефлюкс, хроническое заболевание и/или кровотечение, геморрой, пилонидальный абсцесс, грыжи любых видов | ДА  НЕТ |
| 7. Заболевания печени, желчного пузыря и желчных протоков, в том числе: желтуха, гепатит, жировой метаморфоз печени, спленомегалия | ДА  НЕТ |
| 8. Заболевания почек и мочевой системы, в том числе: простата, мочекаменная болезнь, нефрит, энурез, кровь и/или белок в моче | ДА  НЕТ |
| 9. Нарушения обмена веществ и эндокринные расстройства, в том числе: диабет, ожирение, повышенное содержание триглицеридов в крови, заболевания щитовидной и паращитовидной железы, пролактинома, подагра | ДА  НЕТ |
| 10. Инфекционная и/или венерическая болезнь,  включая туберкулез, ВИЧ, СПИД, постоянная высокая температура, геликобактер, папиллома (HPV), гепатит, герпес (HHF8), вирус буллезного эпидермолиса. | ДА  НЕТ |
| 11. Злокачественные заболевания и/или опухолевый злокачественный рост, в том числе: предраковые опухоли, рак | ДА  НЕТ |
| 12. Заболевания половых и/или репродуктивных органов, в том числе: образования в груди, неменструальное кровотечение, миомы матки, существующая беременность, бесплодие (также у мужчин), неопустившееся яичко, варикоцеле. | ДА  НЕТ |
| 13. Ревматизм и/или мультисистемные заболевания и/или расстройства, в том числе: ревматический артрит, ревматизм, артрит, волчанка | ДА  НЕТ |
| 14. Злоупотребление наркотическими средствами (в настоящее время или в прошлом). | ДА  НЕТ |
| 15. Злоупотребление алкоголем | НЕТ  Время от времени  До 2 стаканов в день  Более 2 стаканов в день |
| 16. Подвергались ли вы когда-либо и/или за плоследнее время воздействию химикатов и/или токсических веществ и/или газов,  в том числе асбеста, разбавителей краски, бензола, винила, хлора, хрома, радона, пестицидов, кварцевой пыли, диоксинов, бериллия, никеля, радиации, в том числе ультрафиолетовому излучению, высокочастотному излучению, микроволновому излучению, воздействию электромагнитных полей линий электропередачи и т.п. (если да, то укажите подробнее) | ДА  НЕТ |
| 17. Психические заболевания, в том числе: депрессия, страхи, навязчивые идеи, шизофрения | ДА  НЕТ |
| 18. Легочные и системные заболевания, в том числе: астма (бронхит), хроническое обструктивное заболевание легких, эмфизема | ДА  НЕТ |
| 19. Повышенное/Пониженное кровяное давление, болезни сердца и сердечно-сосудистые заболевания, в том числе: гипертония, сердечный приступ, боль в груди, аритмия, врожденная аномалия, порок сердечного клапана, артериосклероз, аневризм аорты, тромбоз, варикозные вены, периферийное васкулярное заболевание | ДА  НЕТ |
| 20. Заболевания крови и иммунной системы, в том числе: анемия, проблемы со свертываемостью крови, расстройства иммунной системы | ДА  НЕТ |
| 21. Заболевания опорно-двигательного аппарата, в том числе: заболевания позвоночника, заболевания костей, деформация костей таза, остеопороз | ДА  НЕТ |
| 22. Нарушения зрения и/или патологии уха, горла и носа, в том числе: кератоконус, ухудшение зрения ниже -7, катаракта, рецидивирующий отит, рецидивирующий синусит, полипы, воспаления миндалин, синдром ночного апноэ | ДА  НЕТ |

**ВАЖНО!**

Для каждого вопроса, на который ответили Да, пожалуйста, уточните ниже, заболевание, его начало, какие лекарства Вы принимаете или принимали, проходили ли Вы какую-либо операцию или лечение в связи с заболеванием, является ли заболевание врожденным или когда оно было впервые выявлено, находились ли Вы на больничном в связи с данным заболеванием и как долго, было ли рекомендовано какое-либо лечение в связи с данным заболеванием, имеете ли Вы степень инвалидности в связи с данным заболеванием. Пожалуйста, приложите актуальные медицинские выписки в связи с данным заболеванием и/или имеющиеся актуальные результаты патологических и\или радиологических исследований.

|  |  |
| --- | --- |
| **Номер вопроса** | **Комментарий** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**ВАЖНО!**

Я, нижеподписавшийся, выражаю свое добровольное согласие на обработку моих персональных данных/персональных данных несовершеннолетнего Кандидата на страхование Страховщиком (в том числе на обработку данных о состоянии здоровья и/или сведений, содержащихся в заявлении о страховании и/или договоре страхования, включая прилагаемые к ним документы, а также данных, содержащихся в документах предоставляемых мной в связи с наступлением страховых случаев,) в целях заключения и дальнейшего сопровождения договора страхования, предоставления информации о страховых продуктах, в том числе при непосредственном контакте или с помощью средств связи, и в иных случаях, не запрещённых законодательством РФ.

Я, подписывая настоящее Заявление, согласен(а) на обработку Страховщиком и уполномоченными им третьими лицами сведений, указанных в настоящем Заявлении (а также иных персональных сведений, получаемых Страховщиком при исполнении Договора страхования), любыми способами, установленными законом, с целью исполнения Договора страхования, а также информирования меня о программах страхования, о сроке действия договора и иными целями. Срок использования и обработки персональных сведений устанавливается в течение срока договорных отношений, связанных со страхованием, и срока исковой давности. Я уведомлен (а) о том, что , могу е отозвать свое согласие на обработку персональных данных в любое время путем направления в ОАО «АльфаСтрахование» письменного и подписанного уведомления. ОАО «АльфаСтрахование» обязуется в течение 3 (трех) рабочих дней  после получения уведомления об отзыве согласия на обработку персональных данных прекратить их обработку, уничтожить и уведомить меня об уничтожении персональных данных.

Я подтверждаю, что получил согласие третьих лиц на передачу и обработку их персональных данных ОАО «АльфаСтрахование» в течение срока договорных отношений, связанных со страхованием, и срока исковой давности для целей формирования (разработки), заключения и исполнения договора страхования и оно получено в порядке, предусмотренном Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

Подписывая данное заявление, я также подтверждаю, что был (-а)ознакомлен (-а) с Правилами страхования добровольного международного медицинского страхования и полностью с ними согласен (-сна).

ФИО

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата «     »     20     г