

Декларація для оцінювання стану здоров'я Застрахованої особи/Страховальника*

ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ ДО ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ/СТРАХУВАЛЬНИКА**		
За наявності позитивних відповідей на питання, необхідно надати розширену інформацію із зазначенням строків та хронології настання, причин та наслідків таких обставин. За необхідності відповісти на поставлені питання можна на додатковому аркуші паперу.	Застрахована особа	Страховальник
1. Назва та адреса медичної установи, де Ви зазвичай обслуговуєтесь:		
а) Назва медзакладу	_____	_____
б) Адреса медзакладу	_____	_____
2. Вкажіть Ваш зріст (см)	_____	_____
3. Вкажіть Вашу вагу (кг)	_____	_____
4. Вкажіть Ваш артеріальний тиск (мм.рт.ст.)	_____	_____
5. Чи збільшилась/ зменшилась Ваша вага більш, ніж на 10% за останній рік?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
6. Чи перебували Ви за останні 12 місяців або плануєте перебувати на територіях безпосереднього ведення бойових дій та лінії розмежування, на тимчасово окупованих територіях України, або в інших зонах військових конфліктів з особистих чи професійних причин?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
7. Чи проходить Ви зараз службу в Збройних силах України, Службі безпеки України або органах, підрозділах системи Міністерства внутрішніх справ та центральних органах виконавчої влади, які координуються і спрямовуються міністром внутрішніх справ України? Вкажіть дату початку служби (мобілізації, призову, контракту чи ін.), посаду, звання, рід військ та характер виконуваної роботи.	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
8. Для жінок: чи вагітні Ви у даний час? Якщо так, вкажіть строк та перебіг Вашої вагітності	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
9. Чи існує у Вас інший договір страхування життя та/або здоров'я? Страхова Компанія _____ Страхова сума _____ Діє з: по: _____	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
10. Чи курите Ви на щоденній основі 10 або більше сигарет, сигар, люльок, трубок, кальянів або інших замінників нікотину? Якщо так вкажіть кількість та упродовж якого часу. Якщо Ви кинули палити, вкажіть дату остаточного припинення куріння.	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
11. Якщо Ви вживаєте міцні спиртні напої (вміст спирту перевищує 20% об.), вкажіть середню кількість на день та упродовж якого часу	_____	_____
12. Чи відмовляли Вам у страхуванні? Чи були Ви прийняті на спеціальних умовах? (вкажіть назву страхової компанії та причини відмови або зміст спеціальних умов): _____	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
13. Чи займаєтесь Ви будь-яким видом спорту? Якщо так, то яким? _____ З якою регулярністю? _____ <input type="checkbox"/> оздоровчо <input type="checkbox"/> професійно	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
14. Чи займаєтесь Ви небезпечними спортивними змаганнями та/або хобі включаючи (але не обмежуючись): польотами на літальних апаратах, дайвінгом (на глибині понад 40 м), альпінізмом, авто -, мотоспортом, парашутним спортом, пірнанням, спелеологією, авіаспортом, бойовими єдиноборствами, стрільбою або іншими екстремальними видами спорту? Якщо так, то яким? _____ З якою регулярністю?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
15. Чи наявні у Вас або були перенесені раніше:		
15.1. захворювання, розлади, порушення функцій серцево-судинної системи (включаючи (але не обмежуючись): артеріальну гіпертензію, ішемічну хворобу серця, інфаркт міокарда, порушення мозкового кровообігу, аневризми, тромбози)?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
15.2. захворювання, розлади, порушення функцій центральної та периферичної нервової системи (включаючи (але не обмежуючись): інсульт, епілепсію, розсіяний склероз, хворобу Паркінсона, втрату свідомості, судоми)?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
15.3. захворювання, розлади, порушення функцій імунної системи (включаючи (але не обмежуючись): системні та алергічні захворювання)?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
15.4. захворювання, розлади, порушення функцій системи крові (включаючи (але не обмежуючись): анемію, тромбоцитопенію, гемофілію)?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
15.5. захворювання, розлади, порушення функцій дихальної системи (включаючи (але не обмежуючись): астму, хронічні бронхіти, ХОХЛ, туберкульоз)?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
15.6. захворювання, розлади, порушення функцій ендокринної системи (включаючи (але не обмежуючись): цукровий діабет, захворювання щитоподібної залози, ожиріння, метаболічні порушення)?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>

15.7. захворювання, розлади, порушення функцій нирок, печінки, підшлункової залози, жовчного міхура та жовчних шляхів, інших органів травної системи, сечостатевої системи, захворювання генітальних та/або статевих органів, у тому числі грудей (включаючи (але не обмежуючись): цироз, гепатит, нефрит, пієлонефрит, ниркова недостатність, енурез, білок та/або кров у сечі, сечокам'яна хвороба, збільшення передміхурової залози, поліцистемія, крипторхізм, полікістозна хвороба нирок, жовтяниця, жировий гепатоз печінки, спленомегалія, виразки, гастрити, неменструальні вагінальні кровотечі, міоми матки, безпліддя (також у чоловіків), крипторхізм, варикоцеле, інші гінекологічні та урологічні хвороби)?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
15.8. захворювання, розлади, порушення функцій кістково-м'язової системи, опорно-рухового апарату та/або мультисистемні захворювання (включаючи (але не обмежуючись): ревматоїдний артрит, ревматизм, артрит, вовчак, подагру, остеопороз, хронічні болі у спині)?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
15.9. онкологічні захворювання (включаючи (але не обмежуючись): доброякісні та злоякісні новоутворення, лейкемії, лімфоми, передракові стани)?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
15.10. психіатричні та неврологічні захворювання, розлади, порушення (включаючи (але не обмежуючись): депресію, шизофренію, тривожні розлади, панічні атаки, obsесивно-компульсивний синдром)?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
15.11. інфекційні захворювання (включаючи (але не обмежуючись): ВІЛ, вірусні гепатити, туберкульоз, хвороби, що передаються статевим шляхом)?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
15.12. захворювання, розлади, порушення органів слуху, зору, горла, носа (включаючи (але не обмежуючись): вади зору (більше 6 дптр), будь-які патології органів, кератоконус, глаукому, катаракту, рецидивуючий отит, рецидивуючий синусит, синдром нічного апное)?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
15.13. шкірні захворювання (включаючи (але не обмежуючись): пухлини і/або виразки, псоріаз, запалення)?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
16. Чи проходили Ви або планували пройти косметичну операцію на грудях, операцію з пересадки органів, включаючи трансплантацію кісткового мозку?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
17. Чи помічали Ви в останні 3 місяці кров у сечі або калі, набряк лімфатичних вузлів, ущільнення в грудях, зміни на шкірі, включаючи родимі плями?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
18. Чи були (є) у Ваших рідних (мама/тато, брат/сестра) виявлені генетичні або спадкові захворювання у віці до 60 років (включаючи (але не обмежуючись): інсульт, розсіяний склероз, інфаркт міокарду, рак, полікістоз нирок або сімейний аденоматозний поліпоз (САП))? Якщо так, то вкажіть детальну інформацію (повний діагноз, вік осіб, коли захворювання були діагностовані тощо): _____	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
19. Чи звертались Ви за консультаціями або проходили курс лікування від алкоголізму чи наркоманії?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
20. Чи проходили Ви лікування з будь яких причин більше ніж 2 (два) тижні?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
21. Чи отримували Ви травматичні ушкодження організму (будь-які переломи кісток, забої або ушкодження тканин або органів, що потребували звернення за медичною допомогою та/або прийняття ліків)?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
22. Чи є зараз у Вас скарги на здоров'я, через які Ви маєте намір звернутися до лікаря?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
23. Чи була встановлена Вам група інвалідності або Вами були подані документи на встановлення групи інвалідності? Якщо так, вкажіть, яка група була встановлена, з якого року та з якої причини	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
24. Чи були Вами перенесені будь-які оперативні втручання, в тому числі будь-які операції/хірургічні втручання на шкірі, кістках або внутрішніх органах (винятками є: апендектомія, стоматологічні операції, геморої, тонзилектомія, припинення вагітності)?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
25. Чи було Вас госпіталізовано з будь яких причин протягом 12 місяців до дати заповнення заяви на укладення договору страхування?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
26. Чи піддавались Ви коли-небудь та/або за останній час впливу хімікатів та/або токсичних речовин та/або газів, (в тому числі (але не обмежуючись): азбесту, розріджувачів фарби, бензолу, внілу, хлору, хрому, радону, пестицидів, кварцового пилу, діоксидів, берилію, нікелю) та/або радіації (в тому числі (але не обмежуючись): ультрафіолетового випромінювання, високочастотного випромінювання, мікрохвильового випромінювання) та/або впливу електромагнітних полів ліній електропередачі?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>

Примітки:

* Якщо Страхувальник є Застрахованою особою, то заповнюється тільки один стовпчик про Застраховану особу

** Відомості, що вказані в Переліку питань до Застрахованої особи/Страхувальника, мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення імовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків) та враховуються під час визначення розміру страхової премії, є конфіденційною інформацією та не підлягають передачі третім особам, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України.

Увага! Необхідно докладно та достовірно надати інформацію, а також відповісти на всі наведені питання, інакше Страховик залишає за собою право відмовити у здійсненні страхової виплати.

Наголошуємо, що переліки захворювань, які наводяться у питаннях медичного характеру, не є вичерпним, а зазначається як приклад, необхідно зазначити інформацію про всі наявні або перенесені захворювання, розлади здоров'я, порушення у роботі будь-яких органів, отримані травматичні ушкодження організму (будь-які переломи кісток, забої або ушкодження тканин або органів, що потребували звернення за медичною допомогою та/або прийняття ліків), будь які перенесені операції (хірургічні втручання), будь-які інші стани, що потребували або потребують звернення за медичною допомогою та/або прийняття ліків більше ніж 2 (два) тижні.