

МЕДИЧНА ДЕКЛАРАЦІЯ

Ця Медична декларація заповнюється з метою укладання Договору добровільного медичного страхування за програмою страхування «Медицина без меж. Онкологія» від АТ «СК «АРКС»

Прізвище: _____

Застрахована
особа: Ім'я: _____
По-батькові: _____

Дата народження: _____

Повідомте дані про стан свого здоров'я в даний час та протягом останніх 10 років – вкажіть відповідь «ТАК» або «НІ» навпроти захворювань з переліку:

- Чи проходить / проходили Ви стаціонарне, амбулаторне, відновне або профілактичне лікування, або
- Чи встановлювався Вам за результатами обстеження діагноз щодо:

Захворювання	ТАК	НІ
1. захворювань печінки, включаючи такі захворювання, як: гепатит, цироз, хронічну печінкову недостатність;		
2. захворювань нирок і сечової системи, включаючи такі захворювання, як: ниркову недостатність, полікістоз нирок;		
3. порушень обміну речовин, захворювань ендокринної системи або підшлункової залози, включаючи такі захворювання, як: діабет, пролактиному;		
4. захворювань статевих і/або репродуктивних органів, включаючи такі захворювання, як: захворювання грудей, неменструальну вагінальну кровотечу;		
5. захворювань легень, включаючи такі захворювання, як: ХОЗЛ (хронічне обструктивне захворювання легень), емфізему, фіброз, туберкульозну інфекцію зараз або в минулому;		
6. захворювань крові або імунної системи, включаючи такі захворювання, як: проблеми зі згортанням крові, порушення імунної системи;		
7. Чи відомо Вам про результати онкологічних чи інших аналізів, які потребують додаткових досліджень або лікування?		
Вкажіть відповідь «ТАК» або «НІ» навпроти наступних питань з переліку:		
8. Чи пов'язана Ваша професія з підвищеними ризиками для здоров'я, а саме: контакт з канцерогенними або токсичними речовинами або газами, вибухонебезпечними речовинами, іонізуючою радіацією (включаючи ультрафіолетове випромінювання, мікрохвильове випромінювання) або електричними мережами високої напруги?		
9. Чи було у Вас за останні 12 місяців ненавмисного зниження ваги більше ніж на 10%?		
10. Чи вживаєте Ви зараз або вживали коли-небудь наркотики?		
11. Чи вживаєте Ви алкоголь більш ніж 7500 мл пива та / або 2500 мл вина і / або 500 мл міцних напоїв (≥40 градусів) в тиждень?		
12. Чи викурюєте Ви більше 20 сигарет, сигар, трубок, кальянів або інших замінників нікотину в день?		
13. Чи маєте Ви в даний час або мали раніше онкологічні захворювання, включаючи будь-який тип злоякісного захворювання (рак, пухлина, лімфома, лейкемія) або будь-який вид пухлини головного мозку або будь-який тип передзлаякісного стану (наприклад, карцинома in situ, меланома in situ, аномальний тест PAP або CIN, колоректальні поліпи) або стравохід Барретта, виразка шлунка, хвороба Крона, виразковий коліт, цироз печінки, алкогольна хвороба печінки, хронічний бронхіт, збільшення простати, справжня поліцитемія (хвороба Вакеза), крипторхізм, вовчак, синдром Дауна, хронічний панкреатит, амілоїдоз?		
14. Чи проводилася Вам операція або Ви плануєте операцію в зв'язку зі збільшенням грудей, трансплантацією органів, пересадкою кісткового мозку?		
15. Чи діагностували у Вас коли-небудь інфекційне та/або венеричне захворювання, включаючи ВІЛ, СНІД, безперервну лихоманку, а також чи було виявлено у Вас Хелікобактер (Helicobacter Pylori), вірус папіломи (ВПЛ), вірус Ебштейна Барра (EBV)?		
16. Чи діагностували у Ваших кровних родичів першого ступеня спорідненості (батьків, дітей) рак, передракові стани у віці до 60 років, а також сімейний аденоматозний поліпоз (FAP)?		

Я підтверджую і гарантую, що інформація, надана в цій Декларації є правдивою, достовірною та вичерпною, і я розумію, що ця інформація може мати вирішальне значення при укладанні Договору страхування. Неповна і неправдива інформація призведе до не укладання або припинення дії Договору страхування.

Я надаю згоду на страхування та відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» на збирання, обробку Страховиком моїх персональних даних, в тому числі тих, що стосуються здоров'я, та передачу їх третім особам з метою виконання та супроводження Договору страхування.

Дата

Підпис

« ___ » _____ 20__ р.

_____ / _____
ПІБ підпис

Якщо Застрахована особа – неповнолітня дитина, то Декларацію заповнює і підписує один з батьків або опікунів, який буде Страхувальником за Договором страхування