

МЕДИЧНА ДЕКЛАРАЦІЯ

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

Застрахована особа:

Прізвище: _____

Ім'я: _____

По-батькові: _____

Дата народження: _____

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

ТАК **НІ**

Загальний Блок

1. Чи пов'язана Ваша професія з підвищеними ризиками при виконанні своїх службових обов'язків, включаючи роботу на висоті/під водою/під землею, чи роботу з вибухонебезпечними/канцерогенними/токсичними речовинами або радіацією?		
2. Чи вживаєте Ви зараз або вживали коли-небудь наркотики?		
3. Чи вживаєте Ви алкоголь більш ніж 7500 мл пива та / або 2500 мл вина і / або 500 мл міцних напоїв (≥40 градусів) в тиждень?		
4. Чи курите Ви на щоденній основі більше 20 сигарет, включаючи сигари, електронні сигарети, нікотинові жувальні гумки/пластирі, трубки/скручений табак або інші замітники нікотину?		
5. Чи маєте Ви в даний час або мали раніше захворювання, викликані СНІДом та іншими захворюваннями, зв'язаними з вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)?		
6. Чи знаходились Ви коли-небудь на лікарняному більше 14 днів поспіль, крім як у зв'язку з грипом/ГРВІ та їх ускладненнями, травмами кінцівок або непроникаючими травмами тіла та / або голови, що не супроводжувались ушкодженнями внутрішніх органів?		
7. Чи проводились Вам за останні 12 місяців якісь операції, і чи знаходились Ви на стаціонарному лікуванні (виключення: апендектомія, стоматологічні операції, геморої, тонзилектомія, переривання вагітності, операція на венах кінцівок, операції з приводу травм кінцівок або непроникаючих травм тіла та / або голови, що не супроводжувались ушкодженнями внутрішніх органів)?		
8. Чи маєте ви в даний час якісь результати аналізів чи онкологічних висновків (аномальний тест PAP або CIN тощо), що потребують подальшого обстеження (чи лікування)?		

Злоякісні новоутворення (рак) та трансплантація кісткового мозку

9. Чи маєте Ви на даний час або мали раніше онкологічні захворювання, включаючи передракові пухлини, доброякісні чи злоякісні пухлини шкіри (включаючи кісти та будь-які новоутворення), пухлини щитоподібної залози, доброякісні або злоякісні пухлини мозку, полікістоз нирок, карциному і меланому in situ, рак крові / лейкомію?		
10. Чи був у Вас діагностований коли-небудь вірус папіломи людини, вірус Епштейн-Барра?		
11. Чи маєте Ви захворювання крові та імунної системи, включаючи: анемію, проблеми зі згортанням крові, порушення імунної системи; виразковий коліт та хворобу Крона?		
12. Чи проводилося Вам хірургічне втручання та госпіталізація у зв'язку з пересадкою кісткового мозку?		

У випадку виявлення невідповідності особистих даних та даних застрахованих осіб, зазначених в медичній Декларації, реальним даним, то СК має право відмовити у наданні страхової виплати (оплати медичних послуг). СК має право відмовити, якщо недостовірні дані зазначені в Договорі та/або в медичній Декларації, незалежно від того, здійснено це навмисно або по необережності, або не знаючи про це. При цьому страхові платежі не повертаються. Страхувальник це розуміє, повністю і беззаперечно згодний з цим, розуміє наслідки. Ця медична декларація може бути підписана Страхувальником шляхом направлення Страхувальником або його страховим агентом одноразового ідентифікатора (пароллю) на засіб мобільного зв'язку Страхувальника та введення Страхувальником такого пароллю в програмні комплекси Страхувальника або його страхового агента. Одноразовий ідентифікатор надсилається Страхувальнику електронним повідомленням у формі короткого повідомлення на зазначений Страхувальником засіб мобільного зв'язку.

В цьому випадку Страхувальники мають право підписати медичну Декларацію особисто самі за себе, та якщо вони є: батьки, усиновителі, батьки-вихователі, прийомні батьки, патронатні вихователі, опікуни, піклувальники, представники закладів, які виконують обов'язки опікунів і піклувальників тощо, - по відношенню до своїх неповнолітніх дітей або підопічних осіб.

Дата

Підпис

« ____ » _____ 20__ р.

ПІБ

підпис