

МЕДИЧНА ДЕКЛАРАЦІЯ

Ця Медична декларація заповнюється з метою укладання Договору медичного страхування за програмою страхування «Медицина без меж» від АТ «СК «АРКС» (надалі – 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 замінники 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?		

Операції на серці. Кардіохірургія

13. Чи маєте Ви на даний час або мали раніше серцево-судинні захворювання, включаючи порушення кровообігу (наприклад високий кров'яний тиск), інсульт чи захворювання серця, включаючи біль в грудях, шум в серці, підвищене серцевиття, стенокардію, інфаркт міокарду, атеросклероз, захворювання клапанів серця, аритмію, кардіоміопатію, ішемічну хворобу серця, серцеву недостатність?		
14. Чи була у Вас коли-небудь пересадка серця?		

Нейрохірургія. Нейрохірургічні операції

15. Чи маєте Ви на даний час або мали раніше захворювання нервової системи та мозку, а також вадами розвитку, включаючи: епілепсію, інсульт, параліч, розсіяний склероз, хворобу Гоше, атрофію м'язів, ALS (боковий аміотрофічний склероз), хворобу Паркінсона, деменцію, хворобу Альцгеймера, розумову відсталість, синдром Дауна, порушення розвитку та/або росту?		
--	--	--

Трансплантація органів

16. Чи проводилося Вам хірургічне втручання та госпіталізація у зв'язку з трансплантацією органів?		
17. Чи маєте Ви захворювання печінки, жовчного міхура та жовчних проток, включаючи: жовтяницю, гепатит (крім гепатиту А), цироз, жирове переродження печінки, спленомегалію?		
18. Чи маєте Ви на даний момент або мали в минулому захворювання нирок та сечостатевої системи, в тому числі: простатит, нефрит, ниркову недостатність?		
19. Чи маєте Ви на даний момент або мали в минулому легеневі і системні захворювання, в тому		

числі: астма, хронічний бронхіт, хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), емфізему, туберкульозну інфекцію?		
--	--	--

20. Чи маєте Ви діабет?

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. Страховальник це розуміє, повністю і беззаперечно згодний з цим, розуміє наслідки.

Ця медична декларація може бути підписана Страховальником шляхом направлення Страховиком або його страховим агентом одноразового ідентифікатора (паролю) на засіб мобільного зв'язку Страховальника та введення Страховальником такого паролю в програмні комплекси Страховика або його страхового агента. Одноразовий ідентифікатор надсилається Страховальнику електронним повідомленням у формі короткого повідомлення на зазначений Страховальником засіб мобільного зв'язку. В цьому випадку Страховальники 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

«__» _____ 20__ р.

Підпис

_____ /

ПІБ

підпис