**Додаток №5**

до Договору добровільного медичного страхування

(безперервного страхування здоров'я)

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_\_\_\_ р

**ДЕКЛАРАЦІЯ ПРО СТАН ЗДОРОВ’Я**

**(Заява – Анкета)**

*Страховик зобов’язується не розголошувати інформацію щодо стану здоров`я Застрахованого!*

**Шановний Заявнику!**

Просимо Вас уважно прочитати запитання, що містяться у цій Декларації про стан здоров`я (надалі – «Декларація») та якомога повніше відповісти на них.

Сповіщаємо, що неправдиві та/або неповно надані відповіді при заповненні цієї Декларації зроблять неможливим здійснення правильної оцінки страхового ризику і можуть стати причиною у відмові Страховика в укладанні Договору страхування або відмові у здійсненні страхової виплати.

Заявник дає згоду на те, що інформація, наведена в цій Декларації, стане основою для укладання Договору добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров’я) з \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (надалі – Страховик). Питання, викладені в цій Декларації, стосуються відомостей про особу, яка при укладанні Договору добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров’я) – далі «Договір страхування» на підставі цієї Декларації вважатиметься застрахованою особою за Договором страхування, та яка надалі в цій Декларації називається «Застрахований».

**Прошу укласти Договір страхування:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **П.І.Б. або назва Страхувальника (повністю):** | |  | |
| *Для Страхувальника-фізичної особи зазначте:* | | | |
| **Дата народження** |  | **РНОКПП** |  |
| **Адреса, телефон** |  | | |
| **Паспорт** | *№, серія, ким та коли виданий* | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Якщо Застрахований не є Страхувальником – зазначте:* | | | |
| **П.І.Б. Застрахованого (повністю):** | |  | |
| **Дата народження** |  | **РНОКПП** |  |
| **Адреса, телефон** |  | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Застрахований:** | | | | | |
| Не працює | *ні/так* | Працює | *ні/так* | Вид діяльності | *зазначити* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Детальний опис стану здоров'я та захворювань Застрахованого:** | |
| **Сімейний анамнез:** | |
| Спадкові захворювання (та порушення хромосомного набору) та/або вродженні аномалії розвитку | *ні/так, якщо відповідь "так" деталізуйте* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Чи хворіла раніше Застрахований на такі хвороби, чи хворіє зараз?**  (якщо відповідь позитивна - "так", якщо негативна - "ні") | | |
| **Серцево-судинна система:** | Ішемічна хвороба, інфаркт міокарда, стенокардія, аритмія |  |
| Гіпертонічна хвороба |  |
| Тромбофлебіт, облітеруючий ендартеріїт |  |
| Хронічна недостатність кровообігу, починаючи зі стадії ІІВ та вище\* |  |
| Ревматизм, вади серця\* |  |
| **Травна система:** | Виразкова хвороба, панкреатит, калькульозний холецистит, гепатит В |  |
| Гепатит В або С, цироз печінки\* |  |
| **Дихальна система:** | Бронхіальна астма, хронічний обструктивний бронхіт |  |
| Туберкульоз |  |
| **Ендокринна система:** | Інсулінозалежний цукровий діабет\* |  |
| Аутоімунний тіреоідіт, гіпотиреоз, вузловий зоб |  |
| **Грижі (у тому числі живота, пахові, післяопераційні)** | |  |
| **Сечовидільна система:** | Сечокам’яна хвороба |  |
| Гломерулонефрит, хронічна ниркова недостатність ІІ ступеня та вище\* |  |
| **Нервова система:** | Травми головного мозку, менінгіт, |  |
| Міжхребцеві грижі (кили), протрузії дисків |  |
| Інсульт, ДЕП (дисциркуляторна енцефалопатія) |  |
| Енцефаліт, розсіяний склероз\* |  |
| Епілепсія, паркінсонізм, шизофренія\* |  |
| **Системні захворювання сполучної тканини**: | Ревматоїдний артрит, деформуючий артроз |  |
| Хвороба Бехтєрєва, склеродермія, системний червоний вовчак\* |  |
| **Новоутворення:** | Доброякісні новоутворення головного та/або спинного мозку\* |  |
| Злоякісні новоутворення будь-якої локалізації, в тому числі злоякісні хвороби крові\* |  |
| Застрахований не має трансплантованих органів (окрім зубів, волосся та шкіри)?\* | |  |
| *\*Договір добровільного медичного страхування щодо осіб, які хворіли (хворіють) такими хворобами, не укладається.* | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дайте, будь ласка, відповіді на такі запитання:** | | |
| 1.Чи приймає Застрахований постійно якісь ліки, які? | *ні/так, якщо відповідь "так" деталізуйте* | |
| 2.Чи має Застрахований встановлену групу інвалідності?  Якщо так, то зазначте, яку саме та діагноз? | *ні/так, якщо відповідь "так" деталізуйте* | |
| 3. Якщо Ви хворіли або хворієте зараз на вищенаведені хвороби, будь ласка, надайте більш детальну інформацію щодо цього захворювання: дата (рік) виникнення, дату останнього звернення до медичного закладу з приводу цього захворювання, характер лікування (терапевтичне, хірургічне, інше) | *ні/так, якщо відповідь "так" деталізуйте* | |
| 4. Якщо Ви хворієте на хронічні захворювання, яких немає в пунктах Декларації вище, будь ласка, впишіть їх разом з детальною інформацію щодо цього захворювання: дата (рік) виникнення, дату останнього звернення до медичного закладу з приводу цього захворювання, характер лікування (терапевтичне, хірургічне, інше) | *ні/так, якщо відповідь "так" деталізуйте* | |
| 5. Чи звертались Ви протягом останнього року за медичною допомогою (виклик швидкої допомоги, поліклінічне, стаціонарне лікування тощо) та з приводу якого захворювання (травми)? Якщо так, зазначте діагноз та приблизні дати звернень | *ні/так, якщо відповідь "так" деталізуйте* | |
| 6. Для жінок:  6.1. Чи Ви на даний момент вагітні? Якщо „так”, вкажіть термін та опишіть перебіг вагітності  6.2. Чи були (є) у Вас гінекологічні захворювання або проблеми з дітонародженням? Якщо „так”, то які? | *ні/так, якщо відповідь "так" деталізуйте* | |
| 7. Для дітей:  7.1. Чи усі щеплення проведені в строк?  7.2. Щеплення проведені без ускладнень?  7.3. Для дітей віком до 1 (одного) року додатково додайте медичний висновок про стан здоров’я дитини від дільничного педіатра або копію виписки з пологового будинку | *ні/так, якщо відповідь "ні" деталізуйте* | |
|  | | |
| 8. На момент заповнення цієї Декларації Застрахований не визнаний у встановленому порядку не дієздатною особою; не знаходиться на обліку в наркологічних, психоневрологічних центрах, туберкульозних та (або) шкірно-венерологічних спеціалізованих диспансерах; не ВІЛ-інфікована, не хвора на СНIД, алкоголізм, наркоманію, токсикоманію; не є інвалідом I або ІІ групи, інвалідом з дитинства; не перебуває на амбулаторному або стаціонарному лікуванні (госпіталізована;) \*\* | | *ні/так* |
| *\*\* якщо відповідь «ні», договір добровільного медичного страхування щодо такої особи не укладається* | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| Застрахований (Страхувальник) підтверджує, що всі наведені вище відповіді на запитання Страховика є повними та правдивими.  Застрахований (Страхувальник) підтверджує, що згоден (ним була отримана згода Застрахованого) пройти медичний огляд щодо стану здоров’я на вимогу Страховика.  Застрахований (Страхувальник) згоден, що інформація, наведена в цій Декларації, стане основою для укладання Договору страхування з Страховиком та визначення ступеня ризику за відповідною Програмою страхування для Застрахованого.  Застрахований (Страхувальник) згоден з тим, що всі наслідки та загострення захворювань/станів Застрахованого, що вказані в цій Декларації, які не потребують надання екстреної невідкладної допомоги, не будуть вважатися страховими випадками, а також що всі заплановані до початку дії Договору страхування оперативні втручання та стаціонарне лікування з приводу будь-яких захворювань також не будуть вважатися страховим випадком.  Застрахований (Страхувальник) підтверджує, що згоден (отримав згоду Застрахованого) на отримання Страховиком інформації про стан здоров’я Застрахованого від медичних закладів, які здійснювали їх лікування.  Застрахований (Страхувальник) підтверджує, що згоден (отримав згоду Застрахованого) на право довіреним лікарям Страховика, працівникам медичних закладів, які здійснювали її обстеження та лікування, не зберігати перед Страховиком лікарську таємницю відносно здоров’я Застрахованого, а також інформувати Страховика про стан його здоров’я та про всі захворювання, якими Застрахований хворів раніше та/або хворіє зараз або захворіє протягом строку дії Договору страхування.  Застрахований (Страхувальник) попереджений, що в разі подання неправдивих відомостей про стан здоров’я та факторів ризику (зазначених в цій Декларації), що впливають на його (їх) стан, Страховик має право відмовити у страховій виплаті (відповідно до ст. 26 Закону України “Про страхування”).  Застрахований (Страхувальник) ознайомлений з умовами і Правилами добровільного медичного страхування Страховика. Повний текст Правил міститься на веб-сайті Страховика за посиланням [+++++++++++++++++++++++++++++++++++++++++++++++++++.](https://vuso.ua/pages/pravila-straxovaniya.html)  У разі страхування неповнолітньої особи під згодою Застрахованого у цій Декларації розуміється згода її законного представника (батько, матір, усиновлювач, опікун). | | | |
| Особистий підпис Застрахованого (Страхувальника) |  | Дата заповнення |  |
| ПІБ та підпис особи, що прийняла Декларацію |  | Дата прийняття |  |