

**ЗАЯВА НА СТРАХУВАННЯ  
(МЕДИЧНА ДЕКЛАРАЦІЯ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ)**

**за програмою “BestDoctors” ТДВ “СГ “Оберіг”**

<b>СТРАХУВАЛЬНИК</b>	П.І.Б	
	Адреса	
	Дата народження	ІПН
	Телефон	Email
<b>ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА</b>	П.І.Б	
	Адреса	
	Дата народження	ІПН
	Телефон	Email

**УВАГА! Застрахованими не можуть бути особи старші за 64 повних років на момент заповнення цієї Заяви та/або особи, які не проживають постійно в Україні.**

<b>ОБРАНА ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ</b>	<b>“Онкологія”</b>	<b>“Розширена”</b>
<b>Річний страховий платіж (округлюється до цілої гривні в більшу сторону)</b>	<b>євро</b>	<b>гривень</b>
<b>Порядок оплати</b>		

**МЕДИЧНИЙ ОПИТУВАЛЬНИК ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ДЛЯ СТРАХОВИКА:**

**Повідомляю дані про стан здоров'я (застрахованої особи згідно цієї Заяви).  
Протягом останніх 10 років встановлювався Вам діагноз або отримували / чи отримуєте Ви будь-яке лікування щодо наступних захворювань:**

<b>ЗАХВОРЮВАННЯ ТА СТАНИ:</b>	<b>ТАК або НІ</b>
1) Будь-якого виду раку, лейкемії, хвороби Ходжкіна, лімфоми, саркоми або меланоми; 2) Будь-яких: Передракових змін; Прикордонних пухлин; Важких дисплазій або дисплазій високого ступеня; Підвищення онкомаркера в крові (ПСА) до 4,0 не / мл або вище; Аномальних результатів мазка шийки матки з високим ступенем плоскоклітинного інтраепітеліальна паразити (CIN3 + або вище); Аномальних результатів мамограми (категорія BI-RADS 3 або вище); гіпертиреозу, поліпів в товстій кишці, тонкій кишці і / або шлунку, і родимок або веснянок, які кровоточать, стають болітливими, змінюють колір або збільшуються в розмірі; з приводу яких Ви в повному обсязі одужали і / або не закінчили проходити контрольні обстеження або спостерігатися. 3) Будь-яких захворювань крові або спадкових імунних порушень, що потребують лікування протягом не менше одного місяця, які вимагають регулярного або тривалого лікування іншого, ніж отримання спеціальної дієти (наприклад, апластична анемія, лімфома, мієлома, мієлодиспластичний синдром, серповидноклеточності захворювання, таласемія); 4) Будь-яких вивіг пухлин, утвореня, кіст всередині або навколо головного мозку (в межах черепа); 5) Будь-яких вивіг судинних порушень або порушень кровообігу, включаючи інсульт, транзиторну ішемічну атаку (ТІА), кроволив в мозок (кровоотеча), субарахноїдальний кроволив, стеноз сонних артерій, аномальні кровоносні судини (артеріовенозна мальформація, аневризми, тромб або ембол) в головному мозку або навколо нього (в межах черепа);	<b>Відповідь на питання 1,2,3,4,5 – Ні</b>
6) Будь-яких форм захворювань серця (включаючи, але не обмежуючись, інфаркт, стенокардія / біль в грудях, захворювання судин серця, захворювання клапанів серця, шуми в серці або ревматизм, серцева недостатність, збільшення серця або кардіоміопатія. (Ви можете відповісти «Ні» якщо проходитье лікування тільки від високого кров'яного тиску і / або високого рівня холестерину.); - <b>необов'язкове питання для програми “Онкологія”</b>	
7) Діабету. (крім лікування від гестаційного діабету (діабет вагітних)). - <b>необов'язкове питання для програми “Онкологія”</b>	
8) Хронічного порушення функції нирок, гіпалізю, цирозу печінки, фіброзу печінки або хронічною печінковою недостатністю, муковісцидозу. - <b>необов'язкове питання для програми “Онкологія”</b>	
<b>НАДАЙТЕ БУДЬ-ЛАСКА, ВІДПОВІДІ НА ПИТАННЯ:</b>	<b>ТАК або НІ</b>
1) Чи були у кого-небудь з Ваших біологічних батьків, рідних братів або сестер, до їх 50-річчя, діагностовано серцево-судинні захворювання (інфаркт, операція з шунтування або інсульт), полікістоз нирок або рак кишечника, молочної залози, товстої кишки, яєчників, простати, меланома, рак підшлункової залози або нирок?	<b>Ні</b>
2) Чи є у Вас в даний час або спостерігалися у Вас протягом останніх 6 місяців будь-які зберігаються або повторювані симптоми і / або стану, які ще не були досліджені? 1) Це включає в себе будь-яку організацію в грудях або в яєчках, ректальні кровоотеча, кров у сечі, незвичайний кашель більше шести тижнів, жовтяницю, незрозумілу втрату ваги, головні болі з збільшення частотою, порушення зору (розмиті / подвійне зір, безпричинна втрата зору), незрозумілу втрату слуху, труднощі з промовою, слабкість кінцівок, судороги, напади або непритомність і лабораторні показники Вашої крові поза нормою по креатиніну, печінковим ферментам, рівню кальцію або онкомаркери?	<b>Ні</b>
3) Чи плануєте Ви найближчим часом візит до лікаря або маєте призначений прийом у лікаря або в лікарні, причиною якого є будь-які симптоми, згадані в питанні 3 вище; або очікуєте Ви в даний час результатів будь-яких тестів, процедур або аналізів для з'ясування причин таких симптомів або станів?	<b>Ні</b>
4) Вам призначали магнітно-резонансну томографію молочної залози (МРТ) протягом останніх 12 місяців?	<b>Ні</b>
5) Чи було Вам коли-небудь в минулому або в даний час рекомендовано, або перебуваєте Ви в даний час в списку очікування для трансплантації органу? - <b>необов'язкове питання для програми “Онкологія”</b>	

**ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! Якщо в даний час Ви проходитье обстеження з приводу симптомів, які можуть бути проявом якого-небудь з вищевказаних захворювань або станів, та / або очікуєте результатів діагностики, будь ласка, візьміть до уваги, що Вам слід дочекатися отримання результатів, щоб коректно відповісти на питання.**

Своїм підписом Застрахована особа (підписант від її імені) підтверджує і гарантує, що інформація, надана в цій декларації є правдивою, достовірною та вичерпною, і вона розуміє, що ця інформація може мати вирішальне значення при укладанні Договору та/або настанні страхового випадку. Неповна і неправдива інформація може привести до неукладання або припинення г Договору. Застрахована особа (підписант від її імені) надає згоду на страхування та відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» на збирання, обробку ТДВ “СГ “ОБЕРІГ” своїх (застрахованої особи) персональних даних, в тому числі тих, що стосуються здоров'я, та передачу їх третім особам з метою укладання, виконання та супроводу Договору. У разі, якщо Застрахованою особою є неповнолітня особа, то ця заяву заповнює і підписує один з батьків або законних опікунів, що буде Страхувальником за Договором. Страховик має беззаперечне право відмовити застрахованій особі / Страхувальнику в укладанні Договору на свій розсуд.

Дата заповнення “\_\_\_” \_\_\_\_\_ 20\_\_р.

підпис / ініціали, прізвище