Приложение 7

к приказу от 22.03.2022 № 77

(в ред. приказов от 17.03.2023 г. № 50, 27.03.2024 № 72, 26.07.2024 № 184)

|  |
| --- |
| **АНКЕТА** **Застрахованного лица****все строки обязательны для заполнения.** |
| **1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ:** |
| Фамилия, имя, отчество (если таковое имеется), пол |  |
| Число, месяц, год рождения |  |
| Место жительства  | (страна, область, район, населенный пункт) |
| Регистрация по месту жительства |  |
| Данные документа, удостоверяющего личность  | (серия (при наличии), номер, дата выдачи, наименование или код государственного органа, выдавшего документ; идентификационный номер) |
| Гражданство  |  |
| Телефон  |  |
| Место работы, должность |  |
| Рост, вес |  |
| **При страховании ребенка:** |
| ФИО матери, год рождения |  |
| ФИО отца, год рождения |  |
| **2. СВЕДЕНИЯ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ:** |
| Обращение за медицинской помощью |  ⬜ 1-2 раза в месяц ⬜ часто  ⬜ 1-2 раза в год профилактически  |
| Поликлиника (мед центр), в которых Вы (Ваш ребенок) обслуживаетесь/наблюдаетесь |  |
| Нахождение на больничном листе (по уходу за ребенком) | ⬜ 1 раз в год ⬜ 2-3 раза в год⬜ ежемесячно ⬜ не пользуюсь |
| Состоите ли Вы (Ваш ребенок) на диспансерном учете | ⬜ Психиатра⬜ Дерматолога⬜ Онколога⬜ Терапевта (педиатра) | ⬜ Кардиолога⬜ Фтизиатра⬜ Ревматолога | ⬜ Нарколога⬜ Невролога⬜ Эндокринолога |
| Наличие группы инвалидности (степени утраты здоровья) | 1 ⬜ 2 ⬜ 3 ⬜ (ребенок – инвалид ⬜ ) |
| Наличие следующих заболеваний, зарегистрированных ранееОперативные вмешательства за последние 5 лет | Гепатит Нет Да Туберкулез Нет Да ВИЧ – инфицированный Нет Да Да ⬜ Нет ⬜Если «Да», то операция по какому поводу   |
| Наличие заболеваний | ⬜ Пороки сердца ⬜ Гипертоническая болезнь ⬜ Красная волчанка, периартериит, дерматомиозит⬜ Ревматоидный артрит, болезнь Бехтерева⬜ Болезни крови ⬜ Заболевания суставов (артриты, артрозы)⬜ Сахарный диабет⬜ Гепатит, цирроз печени⬜ Язвенный колит ⬜ Пиелонефрит, гломерулонефрит с наличием ХПН ⬜ Другие хронические заболевания, не указанные выше \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Наличие врожденных заболеваний у ребенка |  |
| Я заверяю, что, насколько я знаю, все вышеуказанные представленные мною данные являются точными и верными.Я информирован и полностью согласен с тем, что в случае сообщения мною в анкете заведомо ложной информации о состоянии моего здоровья, договор страхования может быть признан недействительным.Разрешаю Страховщику запрашивать и получать информацию о состоянии здоровья моего (моего ребенка) из организаций здравоохранения, в которых я обслуживался (или буду обслуживаться). |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись ФИО Застрахованного лица«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г.

|  |  |
| --- | --- |
| Группа здоровья (заполняется Страховщиком) |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись ФИО Врача-специалиста«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. |