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 ранее  Оперативные 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. |