Приложение

к договору страхования

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ДЕКЛАРАЦИЯ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Фамилия, Имя, Отчество: |  | | |
| 2. Связана ли Ваша профессиональная деятельность с вредными факторами: шум, вибрация, загазованность, токсичность, СВЧ облучение, опасные химические вещества и другое? | | Да  Нет | Если «Да», укажите подробности |
| 3. Занимаетесь ли Вы спортом (спортивные увлечения) на любительской основе или профессионально? | | Да  Нет | Если «Да», укажите виды спорта, регулярность занятий |
| 4. Укажите: Ваш рост, вес и артериальное давление (обычное, мм. рт. ст.) | | Рост \_\_\_\_\_\_\_см / Вес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кг  Верхнее \_\_\_\_\_\_ / Нижнее \_\_\_\_\_\_\_ | |
| 5. Курите ли Вы или употребляете никотиносодержащую продукцию (например, электронные сигареты)? | | Да  Нет | Если «Да», укажите количество \_\_\_\_ сигарет в день или поясните \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 6. Употребляете ли Вы алкоголь? | | Да  Нет | Если «Да», укажите какой именно\_\_\_\_\_\_\_\_, и объем потребления алкоголя за неделю *\_\_\_\_\_\_\_\_* (грамм) |
| 7. Употребляете ли Вы психотропные и/или наркосодержащие лекарственные препараты, наркотики? | | Да  Нет | Если «Да», укажите подробности |
| **Имеются ли у вас в настоящее время или имелись в течение последних 5 (Пяти) лет следующие заболевания** | | | |
| 8. Заболевания системы кровообращения и сердечно-сосудистой системы(в т.ч. гипертония, ишемическая болезнь сердца, стенокардия, инфаркт, инсульт, кардиомиопатия, пороки сердца, аневризма, атеро/кардиосклероз, нарушения сердечного ритма, тромбоз, ревматическая болезнь сердца, преходящее нарушение мозгового кровообращения, хроническая сердечная недостаточность и др.)? | | Да  Нет | Если «Да», укажите диагноз: |
| 9. Заболевания органов дыхания (в т.ч. бронхиальная астма, туберкулез, пневмония, бронхит с астматическим компонентом, эмфизема, хроническая обструктивная болезнь легких, пневмосклероз, хроническая легочная недостаточность и др.)? | | Ђ Да  Ђ Нет | Если «Да», укажите диагноз: |
| 10. Заболевания нервной системы (в т.ч. эпилепсия, рассеянный склероз и др.), психические расстройства? | | Да  Нет | Если «Да», укажите диагноз: |
| 11. Заболевания желудочно-кишечного тракта (в т.ч. хронический панкреатит, язвенная болезнь, цирроз печени, альвеококкоз печени и др.) | | Да  Нет | Если «Да», укажите диагноз: |
| 12. Заболевания мочеполовой системы (в т.ч. мочекаменная болезнь, хронический пиело- или гломерулонефрит, хроническая почечная недостаточность, нефрэктомия (удаление почки) и др., гинекологические, урологические заболевания? | | Ђ Да  Ђ Нет | Если «Да», укажите диагноз: |
| 13. Заболевания опорно-двигательного аппарата (в т.ч. остеохондроз, грыжа позвоночника, артрит, артроз, деформирующий спондилез и др.)? | | Ђ Да  Ђ Нет | Если «Да», укажите диагноз: |
| 14. Имеются ли нарушения функции движения? | | Ђ Да  Ђ Нет | Если «Да», укажите подробности |
| 15. Заболевания органов слуха (в т.ч. тугоухость, кохлеарный неврит и др.)? | | Ђ Да  Ђ Нет | Если «Да», укажите диагноз: |
| 16. Заболевания органов зрения (в т.ч кератит, катаракта, глаукома, ангиопатия сетчатки и макулодистрофия, др.)? | | Ђ Да  Ђ Нет | Если «Да», укажите диагноз: |
| 17. Заболевания уха, горла, носа (в т.ч. синусит, отит, хронический тонзиллит и др.)? | | Ђ Да  Ђ Нет | Если «Да», укажите диагноз: |
| 18. Заболевания крови? | | Ђ Да  Ђ Нет | Если «Да», укажите диагноз: |
| 19. Болеете ли СПИД, инфицированы ВИЧ, гепатитом А, В, С, D? | | Ђ Да  Ђ Нет | Если «Да», укажите диагноз и дату диагностирования: |
| 20. Заболевания эндокринной системы (в т.ч. сахарный диабет, тиреотоксикоз, гипотиреоз, аденома гипофиза и надпочечников, и др.)? | | Ђ Да  Ђ Нет | Если «Да», укажите диагноз: |
| 21. Онкологические заболевания, новообразования или опухоли любого вида? | | Ђ Да  Ђ Нет | Если «Да», укажите диагноз |
| 22. Проходили ли Вы лечение в стационаре в течение последних 5 лет? | | Ђ Да  Ђ Нет | Если «Да», укажите дату и диагноз: |
| 23. Были ли Вы оперированы в течение последних 5 лет? | | Ђ Да  Ђ Нет | Если «Да», укажите дату и диагноз: |
| 24. Проходите ли Вы лечение (стационарно, амбулаторно), медицинское обследование в настоящее время? | | Ђ Да  Ђ Нет | Если «Да», укажите причину: |
| 25. Имеются ли у Вас или имелись травмы (повреждения) в течение последних 5 лет? | | Ђ Да  Ђ Нет | Если «Да», укажите дату и диагноз: |
| 26. Устанавливалась ли Вам ранее или установлена в настоящее время группа инвалидности? | | Ђ Да  Ђ Нет | Если «Да», то укажите дату, группу и диагноз |
| 27. Дата прохождения последнего обязательного медицинского осмотра (ВЭК)? | | Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_ Укажите результаты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 28. Дата прохождения досрочного медицинского осмотра (ВЭК)? | | Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_ Укажите результаты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 29. Дата прохождения следующего очередного обязательного медицинского осмотра? | | Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_ Укажите результаты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 30. Укажите наименование лечебных учреждений, оказывавших Вам медицинские услуги в течение последних 5 лет: | | | |

Настоящим заявляю, что при заполнении настоящей персональной Декларации все поставленные ООО «СК СОГАЗ-ЖИЗНЬ» (далее Страховщик) вопросы мне были понятны, их содержание и смысл мне ясны. Отвечая на поставленные вопросы, я сообщил(-а) обо всех известных мне сведениях и обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска и вероятности наступления страхового случая.

В случае заполнения Декларации не моим почерком подтверждаю, что текст мной прочитан и признан правильным.

Я ознакомлен(-а) с содержанием ст. 944 ГК РФ и заявляю, что все сведения, сообщенные мною в настоящей Декларации, являются полными и достоверными. Мне известно, что сообщение Страховщику ложных сведений о степени риска по Договору является основанием для признания Договора страхования недействительным. Мне известно, что я обязан(-а) сообщать Страховщику о всяких изменениях в обстоятельствах, относительно которых мне были заданы вопросы в настоящей Декларации.

**Страхователь:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Дата:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г.

подпись / ФИО