

Нагорный пр-д, д. 6, Москва, 117105
т. (495) 730-3000, 8 (800) 100-6365
ф. (495) 956-2585 www.reso.ru
СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО РЕСО-ГАРАНТИЯ

АНКЕТА - ЗАЯВЛЕНИЕ

на добровольное медицинское страхование («Доктор РЕСО»)

является неотъемлемой частью (Приложение №4) договора страхования (полиса)

Заполните пропуски, отметьте нужное знаком или выберите правильный ответ (да, нет)

Прошу заключить со мной договор добровольного медицинского страхования согласно нижеследующей информации:

ДАННЫЕ О СТРАХОВАТЕЛЕ:

Страхователь

Ф.И.О. (для физ. лиц) / наименование организации (для юр. лиц)

Индекс

Адрес

область (край, округ, район), город, улица, дом, корпус, квартира

Гос. рег.№

Для юридических лиц

№ ИНН

Для юридических лиц

E-mail

Пол

М

Ж

Дата рождения

/

/

г.

Паспорт серия

№

выдан

/

/

г.

Где выдан

Код подразделения

Телефон моб. 8 ()

Телефон дом. 8 ()

Место работы

Следующая часть заявления заполняется с целью получения исчерпывающей информации о Застрахованном, рисках, связанных с его здоровьем и деятельностью. Если на какой-либо вопрос не получен ответ, заявление считается не заполненным. СПАО «РЕСО-Гарантия» отвечает за абсолютную конфиденциальность сообщенной в настоящей анкете информации.

ДАННЫЕ О ЛИЦЕ, ПРИНИМАЕМОМ НА СТРАХОВАНИЕ:

Ф.И.О.

Адрес фактического проживания

Область (край, округ, район), город, улица, дом, корпус, квартира

Пол М

Ж

E-mail

Дата рождения

/

/

г.

Паспорт (св.о рожд):

Сер.

№

выдан

/

/

г.

Где выдан

Код подразделения

Телефон моб. 8 ()

Гражданство

Телефон дом. 8 ()

Степень родства со страхователем

Город обслуживания

СТРАХОВАЯ ПРОГРАММА:

«Базовая» является обязательной программой

Базовая (Амб.+ПНД+СМП+Телемедицина) /Категория

ЛПУ для «Записи через регистратуру ЛПУ»

Скоро в школу/детский сад

Стоматологическая помощь

Стационар экстренный

Периодичность оплаты страховой премии

Единовременно

По полугодиям

Я,

(Ф.И.О. Застрахованного)

— являясь законным представителем (отец, мать, опекун, попечитель) Застрахованного лица (несовершеннолетний сын, дочь, подопечный) заявляю, что представленная в анкете информация является исчерпывающей и верной и понимаю, что она может иметь решающее значение при заключении договора страхования и при осуществлении страховых выплат,

— разрешаю любому лечебному учреждению или врачу, имеющих какую-либо информацию о состоянии здоровья Застрахованного лица, сообщить эту информацию в страховую компанию СПАО «РЕСО-Гарантия»,

— предоставляю страховой компании СПАО «РЕСО-Гарантия» право произвести индивидуальную оценку риска, и, в случае необходимости, предложить мне: изменить условия страхования (в том числе повысить тарифную ставку); предоставить дополнительные данные или пройти медицинское обследование (в отношении Застрахованного лица),»

— обязуюсь обо всех изменениях, связанных с состоянием здоровья и деятельностью Застрахованного лица, которые могут существенно повлиять на условия страхования, сообщить в СПАО «РЕСО-Гарантия» в 14-дневный срок с момента получения информации об этих изменениях.

— Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку Страховым Публичным Акционерным Обществом «РЕСО-Гарантия» (далее – Страховщик) моих персональных данных и персональных данных Застрахованного лица в целях заключения Договора добровольного медицинского страхования, осуществления добровольного медицинского страхования (реализации договора Добровольного медицинского страхования), в т.ч. в целях проверки качества оказания медицинских услуг и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, сбора статистической информации и ее анализа, а также в целях исполнения требований действующего законодательства Российской Федерации. Страховщик может осуществлять обработку моих персональных данных и персональных данных Застрахованного лица в течение действия Договора страхования, а так же в течение 25 (двадцати пяти) лет после прекращения его действия.

Мои персональные данные и персональные данные Застрахованного лица, в том числе специальные персональные данные включают: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату рождения, паспортные данные или данные другого документа, удостоверяющего личность, адрес проживания/прописки/регистрации, телефоны, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения в медицинские учреждения.

Предоставляю Страховщику право осуществлять все действия с моими персональными данными и персональными данными Застрахованного лица, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать мои персональные данные и персональные данные Застрахованного лица посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных Страховщика? а также осуществлять трансграничную передачу персональных данных для достижения вышеуказанных целей.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать мои персональные данные и персональные данные Застрахованного лица, в том числе специальные персональные данные, в медицинские, аптечные и другие учреждения, с которыми у Страховщика имеются договорные отношения, направленные на оказание Застрахованному лицу медицинской (фармакологической и иной) помощи в рамках страховой программы, и получать от этих учреждений данные о Застрахованном лице. При этом я согласен с тем, что работники данных учреждений освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в отношении персональных данных Застрахованного лица. Передача персональных данных Застрахованного лица иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано в момент подписания Договора и действует бессрочно.

Я знаю, что имею право в любой момент отозвать своё согласие посредством направления Страховщику соответствующего письменного уведомления, которое должно быть направлено в его адрес заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю Страховщика. Я знаю и согласен с тем, что Страховщик вправе рассматривать указанное уведомление как мое волеизъявление о расторжении Договора в отношении Застрахованного лица, в связи с чем Застрахованное лицо будет снято со страхования по Договору не позднее 3 дней с момента получения указанного уведомления.

Страхователь принимает на себя ответственность за полноту и правдивость сведений, изложенных о Застрахованном выше.

Страхователю известно, что данное Заявление является юридической основой Договора страхования, и что в пределах данного Договора он несет полную ответственность за точность сведений, содержащихся в Заявлении.

Страхователю известно, что на основании ответов на вопросы данной анкеты о лице, принимаемом на страхование, Страховщик имеет право отказать в заключении договора добровольного медицинского страхования или ввести повышающий коэффициент.

Пункты 1-3 заполняются только для лиц, старше 14 лет

1	Рост	см	Вес	кг		
2	Артериальное давление (обычное мм.рт.ст.)		Верхнее	Нижнее		
3	Курит?	Да	Нет	Среднее количество выкуриваемых сигарет в день:		штук
4	Состоит ли на учете в диспансерах? <i>Если «да», укажите профиль диспансера и причину постановки на учет:</i>					
5	Была ли когда-либо присвоена инвалидность? <i>Если «да», укажите:</i> Причина инвалидности В каком году снята инвалидность					
6	Был ли госпитализирован за последние 2 года? <i>Если «да», укажите:</i> Год Диагноз Проведенное лечение в стационаре					

7 Приходилось ли вызывать бригаду скорой помощи за последние 2 года? Если «да», укажите:

Год	Причина вызова

8 Сколько раз за последние 12 мес. болел ОРВИ (простудой)?

9 Отмечаются ли в настоящее время или отмечались когда-либо следующие заболевания:

- Аллергические реакции *(выберите)*
- Бронхиальная астма
- Повышенное артериальное давление (гипертония)
- Ишемическая болезнь сердца (стенокардия, инфаркт)
- Нарушения сердечного ритма *(укажите)*
- Инсульт *(выберите)*
- Эпилептический синдром
- Онкологические (раковые) заболевания:
- Сахарный диабет *(выберите)*
- Язва желудка или двенадцатиперстной кишки
- Анемия или другие заболевания крови *(укажите)*
- Нарушения функции щитовидной железы *(укажите)*
- Гепатит *(выберите)*
- Желчекаменная болезнь
- Печеночная недостаточность
- Варикозное заболевание вен
- Грыжа *(выберите)*
- Дерматологические болезни
- Хроническая ЛОР-патология
- Мочекаменная болезнь
- Урологические заболевания *(выберите)*
- Остеохондроз позвоночника, радикулит
- Грыжи межпозвоночных дисков
- Повреждение суставов и связочного аппарата *(указать причину травмы)*
- Простатит (для мужчин)
- Аденома предстательной железы (для мужчин)
- Мастопатия (для женщин)
- Кисты яичников (для женщин)
- Эрозия шейки матки (для женщин)
- Гиперплазия эндометрия, полипы эндометрия или цервикального канала (для женщин)
- Миома матки (для женщин)
- Воспалительные заболевания женских органов (для женщин)
- Пародонтит, пародонтоз

10 Врожденные или приобретенные пороки, аномалии развития органов и систем
Если «да», укажите:

11 Имеет ли стенты, протезы, импланты, металлоконструкции, водители ритма и т.д.?
Если «да», укажите какие, когда поставлены:

12	Укажите заболевания, которые отмечались или отмечаются, но не были указаны выше
13	Рекомендовано ли стационарное лечение или проведение медицинских исследований и манипуляций в условиях стационара? Если «да», укажите причину (заболевание/состояние):
14	Занимается каким-либо видом спорта? Если «да», укажите каким именно:
15	Вы обеспокоены состоянием здоровья ребенка в настоящее время? Если «да», укажите что именно Вас беспокоит:

Пункты 16-23 заполняются только для страхования детей в возрасте до 3-х лет

16	Возраст матери в родах (полных лет)	лет
17	Была ли патология (осложнения) беременности? Если «да», укажите какая:	
18	Была ли патология (осложнения) родов? Если «да», укажите какая:	
19	Выписка из роддома на	сутки
20	Оценка по шкале Апгар	баллов
21	Выявлена ли врожденная патология у ребенка? Если «да», укажите какая:	
22	Был ли перевод ребенка из родильного дома в другое лечебное учреждение? Если «да», укажите причину (диагноз) и название клиники:	
	Причина перевода (Диагноз)	Название клиники
23	Какие были роды?	
	неосложненные (естественные родовые пути)	
	плановое кесарево сечение	
	экстренное кесарево сечение	
	осложненные роды с родоспомогающими пособиями (наложением родовых щипцов и т.д.)	
24	Пожалуйста, ответьте, как Вы узнали о нашем продукте «Доктор РЕСО»:	
	Из интернета	От друзей, знакомых
	В офисе компании	Из публикаций в прессе
	Из рекламы	В лечебном учреждении
		От своего агента
		Был ранее застрахован по ДМС в РЕСО
		Другое

Служебная информация: (заполняется представителем страховщика)

Представитель страховщика/агент:

Код агента

Тел.

Код агентства

Агентство

Подпись агента _____