

# Заявление на внесение изменений в Договор страхования (Полис)



Заявление на пяти листах. Все поля обязательны для заполнения (при отсутствии данных заполняется «нет» или «не имею»)

№ Полиса

Застрахованное лицо	<input type="text" value="Ф. И. О. полностью"/>		
Страхователь	<input type="text" value="Ф. И. О. полностью"/>		
Ф. И. О. агента	<input type="text" value="полностью"/>	Код агента	<input type="text"/>

## 1. Изменение персональных данных

Внимание! Просьба приложить копии документов, подтверждающих внесенные изменения

### 1.1. Изменение фамилии, имени, отчества

Причина изменения

<input type="checkbox"/> Страхователя	<input type="text" value="Новые Ф. И. О. полностью"/>
<input type="checkbox"/> Застрахованного лица	<input type="text" value="Новые Ф. И. О. полностью"/>
<input type="checkbox"/> Выгодоприобретателя	<input type="text" value="Новые Ф. И. О. полностью"/>

### 1.2. Изменение паспортных данных

**Новый паспорт**

<input type="checkbox"/> Страхователя	Серия	<input type="text"/>	Номер	<input type="text"/>	Дата выдачи	<input type="text" value="Д Д М Д Г Г Г Г"/>	Кем выдан	<input type="text"/>	Код подразделения	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Застрахованного лица	Серия	<input type="text"/>	Номер	<input type="text"/>	Дата выдачи	<input type="text" value="Д Д М Д Г Г Г Г"/>	Кем выдан	<input type="text"/>	Код подразделения	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Выгодоприобретателя	Серия	<input type="text"/>	Номер	<input type="text"/>	Дата выдачи	<input type="text" value="Д Д М Д Г Г Г Г"/>	Кем выдан	<input type="text"/>	Код подразделения	<input type="text"/>

Имеющиеся гражданства\*  Виды на жительство  ИНН

\*Для иностранных граждан и лиц без гражданства в обязательном порядке предоставляются: миграционная карта и документ, подтверждающий право пребывания лица на территории РФ.

### 1.3. Изменение рода деятельности/должности

<input type="checkbox"/> Страхователя	<input type="text" value="Новое место работы/ Название компании"/>	<input type="text" value="Новая должность/ Описание служебных обязанностей"/>
<input type="checkbox"/> Застрахованного лица	<input type="text" value="Новое место работы/ Название компании"/>	<input type="text" value="Новая должность/ Описание служебных обязанностей"/>

<input type="checkbox"/> 1.4. Семейное положение	<input type="text"/>	Количество детей	<input type="text"/>
--	----------------------	------------------	----------------------

### 1.5. Издание дубликата полиса в связи с

### 1.6. Другие изменения

### 1.7. Изменение контактной информации Страхователя (действительно для всех Полисов Страхователя)

#### Адрес регистрации

Индекс	<input type="text"/>	Страна	<input type="text"/>				
Область/край	<input type="text"/>	Город	<input type="text"/>				
Улица	<input type="text"/>	Дом	<input type="text"/>	Корпус	<input type="text"/>	Квартира	<input type="text"/>

#### Адрес проживания (адрес для корреспонденции), если отличается от адреса регистрации

Индекс	<input type="text"/>	Страна	<input type="text"/>				
Область/край	<input type="text"/>	Город	<input type="text"/>				
Улица	<input type="text"/>	Дом	<input type="text"/>	Корпус	<input type="text"/>	Квартира	<input type="text"/>

#### Контактная информация

Телефон мобильный	код страны	<input type="text"/>	код	<input type="text"/>	№	<input type="text"/>
Телефон домашний	код страны	<input type="text"/>	код	<input type="text"/>	№	<input type="text"/>
Телефон рабочий	код страны	<input type="text"/>	код	<input type="text"/>	№	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>	@	<input type="text"/>			

Обязательно приложите копию паспорта (для иностранных граждан дополнительно требуется копия документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ)

Подтверждаю указанные на данной странице изменения персональных данных, при этом другие условия договора страхования (Полиса) остаются без изменений. (Страницы 3, 4, 5 Заявления на внесение изменений мною не заполняются). С Декларацией Страхователя (стр. 2 из 5) ознакомлен.

Страхователь \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (дата)      Агент \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (дата)

# Декларация Страхователя

№ Полиса

1. Я, нижеуказанный, заявляю, что данные мной ответы на предложенные вопросы соответствуют действительности. Принимаю к сведению, что в случае дачи недостоверных ответов Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения в порядке, предусмотренном гражданским законодательством РФ.
2. Я даю свое согласие на то, что Страховщик с целью оценки возможных рисков и проверки сведений вправе получать любую информацию и документы о состоянии моего здоровья в любых медицинских учреждениях (организациях), в т. ч. лечебно-профилактических учреждениях, фонде социального страхования и других страховых компаниях. Я даю свое согласие на то, что Страховщик с целью оценки возможных рисков и проверки сведений в соответствии Полисными условиями вправе запрашивать и проверять информацию и документы о моем финансовом состоянии, в том числе кредитных отчетов в соответствии со статьей 6 Федерального закона № 218-ФЗ от 30.12.04 г. «О кредитных историях» путем направления запросов в государственные учреждения и другие организации (в том числе НБКИ, ОКБ, Эквифакс и др.), а также путем поиска информации в открытых источниках. Я даю свое согласие на предоставление такой информации АО «МетЛайф», его контрагентам (за исключением кредитных отчетов) в целях проверки информации, полученной АО «МетЛайф» при заключении и/или исполнении Договора страхования.
3. **(не применяется к накопительным программам страхования жизни)** Настоящим подтверждаю, что я, нижеуказанный, не являюсь инвалидом 1 или 2 группы. Не являюсь лицом, требующим постоянного ухода, не страдаю психическим и/или нервным заболеванием и/или расстройством, а также не являюсь ВИЧ-инфицированным или больным СПИДом. Я не обращался за лечением в связи со СПИДом или состоянием, связанным со СПИДом. Мне не сообщалось, что мой анализ крови на антитела к вирусу иммунодефицита человека положителен.
4. Заявляю, что вся информация предоставлена добровольно в интересах заключения данного Договора страхования. Согласен с тем, что все утверждения, содержащиеся в настоящем Заявлении о страховании, а также любые другие письменно сделанные у Страховщика или у медицинского консультанта заявления составляют основу Договора страхования, заключенного между мной и Страховщиком и, при необходимости, в соответствии с законодательными нормами могут быть переданы в другие организации.
5. Я принимаю условие Страховщика, что по результатам оценки риска условия Договора страхования могут быть изменены. Я принимаю условие Страховщика, в соответствии с которым суммы могут быть увеличены или уменьшены при оценке рисков по настоящему Заявлению, при этом сумма Страховой премии (взноса) остается неизменной.
6. Настоящим Заявлением я разрешаю любому медицинскому работнику или учреждению здравоохранения, страховым организациям (в том числе работающим в системе ОМС), территориальным и федеральному фонду ОМС, бюро МСЭ, органам исполнительной власти, правоохранительным органам, работодателю, имеющим информацию о наступлении страхового события, проведенном лечении, истории заболевания, физическом и психическом состоянии, диагнозе, лечении и прогнозе лечения в отношении меня или Застрахованного лица, предоставлять ее по запросу в АО «МетЛайф» и ее назначенным представителям.
7. Я, нижеуказанный, согласен с тем, что все документы должны быть надлежащим образом заполнены и подписаны мной и могут быть скреплены электронной или отпечатанной типографским способом подписью и печатью Страховщика. Согласен, что такая подпись на всех документах, подписываемых со стороны Страховщика для закрепления страховых правоотношений, будет считаться надлежащей подписью.
8. Я согласен с тем, что новые условия Договора страхования оформляются Дополнительным соглашением к Договору страхования и вступают в силу с даты, указанной в Дополнительном соглашении (Спецификации Полиса).
9. Настоящим соглашаюсь с тем, что все письменные документы по Договору страхования направляются Страхователю по адресу, указанному им в настоящем Заявлении в качестве адреса для корреспонденции. В случае если иной адрес не будет сообщен Страховщику в письменной форме, вся корреспонденция будет считаться надлежащим образом направленной Страхователю по адресу для корреспонденции, указанному в настоящем Заявлении.
10. Настоящим я предоставляю АО «МетЛайф» и лицам, действующим по его поручению, право на обработку (в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение любым, не противоречащим российскому законодательству способом (в том числе без использования средств автоматизации), на трансграничную передачу в страны, обеспечивающие адекватную защиту персональных данных и не обеспечивающие такую защиту, всех моих и Застрахованного лица персональных данных (в том числе персональных данных о состоянии здоровья) в целях заключения и исполнения Договора страхования, а также в целях предоставления с помощью средств связи информации об исполнении Договора страхования и информации о страховых услугах, оказываемых Страховщиком. При этом такое согласие дается мной Страховщику на весь срок действия Договора страхования и в течение 5 (пяти) лет после прекращения действия Договора страхования и может быть отозвано мной в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного мной письменного уведомления.
11. Настоящим я подтверждаю, что Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель(-ли) не являемся лицами, в отношении которых установлены и действуют программы санкций и иные ограничения, предусмотренные решениями компетентных органов Российской Федерации, иных стран и организаций, а также не являемся лицами, внесенными в списки лиц, подверженных санкциям в связи с легализацией (отмыванием) доходов, террористической и иной незаконной деятельностью, формируемые указанными странами и организациями, и соглашаюсь (-емся) с тем, что предоставление страхового покрытия, страховые выплаты или иные платежи в отношении лиц, на которых распространяются программы санкций или иные ограничения, или которые внесены в списки лиц, причастных к легализации (отмыванию) доходов, террористической и иной незаконной деятельности, будут сделаны при условии получения соответствующего разрешения органа, установившего санкцию/ограничение.
12. Во исполнение требований Федерального закона Российской Федерации от 07.08.2001 г. N 115-ФЗ настоящим я подтверждаю, что Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель(-ли) не являемся иностранными публичными должностными лицами\*\*, должностными лицами публичной международной организации, лицами, замещающими (занимающими) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности Федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, или должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации, а также их супругами или близкими родственниками. В ином случае обязуюсь заполнить «Заявление о принятии на обслуживание должностного лица» или «Уведомление о родстве с должностным лицом».
13. Во исполнение требований Федерального закона Российской Федерации от 28.06.2014 г. N 173-ФЗ настоящим я подтверждаю, что представленная выше информация о наличии/отсутствии у Страхователя, Застрахованного лица и назначенных Выгодоприобретателей гражданства/вида на жительство и/или статуса налогоплательщика иностранного государства на момент подписания данного Заявления полна и достоверна. В случае изменения статуса гражданства (включая двойное гражданство) Страхователя, Застрахованного лица или Выгодоприобретателей, и/или получения вида на жительство в иностранном государстве указанными выше лицами, и/или приобретения статуса налогоплательщика иностранного государства указанными выше лицами, а также замены Страхователя и/или Выгодоприобретателя на лицо, имеющее гражданство/вид на жительство и/или статус налогоплательщика иностранного государства, обязуюсь уведомить об этом АО «МетЛайф» в течение 30 (тридцати) дней.
14. Настоящим предоставляю АО «МетЛайф» право передавать информацию, указанную в Заявлении о страховании, приложениях к нему, и иную необходимую информацию в иностранный налоговый орган в целях исполнения требований законодательства о налогообложении иностранных счетов.

\*\* Под иностранным публичным должностным лицом понимается любое назначаемое или избираемое лицо, занимающее какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства, и любое лицо, выполняющее какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в том числе для публичного ведомства или публичного предприятия (например, главы государств или правительства, руководители государственных корпораций, ведущие политики, высшие правительственные или военные чиновники).

Страхователь \_\_\_\_\_

(подпись)

(дата)

Агент \_\_\_\_\_

(подпись)

(дата)

## 2. Внесение изменений в годовщину действия Полиса

### 2.1. Изменение периодичности оплаты Полиса

Годовая       Полугодовая\*

\* При изменении формы оплаты на полугодовую для расчета взноса применяется коэффициент 0,53 от годового взноса

### 2.2. Приобретение дополнительных программ страхования

Программа страхования	Страховая сумма (руб.)	Страховой взнос (руб.) с учетом формы оплаты по Полису
<input type="checkbox"/> Страхование на случай смерти или наступления нетрудоспособности в результате несчастного случая		
<input type="checkbox"/> Страхование от несчастных случаев + «Телемедицина»	переломы и ожоги (только в результате несчастного случая)	
<input type="checkbox"/> Страхование от несчастных случаев и болезней + «Телемедицина»	хирургическое вмешательство	
	госпитализация и реабилитация	
<input type="checkbox"/> Освобождение от уплаты страховых взносов <input type="checkbox"/> Защита страхового взноса при страховании ребенка		
<input type="checkbox"/> Программа ежемесячных выплат в случае смерти		
<input type="checkbox"/> Страхование от критических заболеваний /состояний, включая программу «Телемедицина», сроком на 5 лет	<input type="checkbox"/> На 7 заболеваний /состояний	
	<input type="checkbox"/> На 31 заболевание /состояние	
<input type="checkbox"/> Турбосчет		
<input type="checkbox"/> Приобретение других дополнительных программ (укажите название программы, страховую сумму и страховой взнос по данной программе)	Страховая сумма (руб.)	Страховой взнос (руб.) с учетом формы оплаты по Полису

**Внимание!** При приобретении дополнительных программ (кроме программы «Ваш бонус» и «Турбо-счет» с учетом приобретения которого взнос по полису не более 600000 руб.) обязательно заполните Декларацию о здоровье (стр. 4). Уплата страхового взноса не означает вступление в силу дополнительных программ страхования. Дополнительные программы страхования вступают в силу с даты, указанной в Дополнительном соглашении. Для семейного плана приложите заполненные декларации о здоровье на всех членов семьи.

### 2.3. Изменение программ страхования от несчастных случаев / страхования от несчастных случаев и болезней

<input type="checkbox"/> Изменение плана по программе страхования (укажите название программы)	Новый план	Страховая сумма (руб.)	Страховой взнос (руб.) с учетом формы оплаты по Полису
<input type="checkbox"/> Увеличение страховой суммы <input type="checkbox"/> Уменьшение страховой суммы		Страховая сумма (руб.)	Страховой взнос (руб.) с учетом формы оплаты по Полису
<input type="checkbox"/> Смерть в результате несчастного случая / Постоянная полная либо частичная нетрудоспособность в результате несчастного случая			
<input type="checkbox"/> Переломы и ожоги в результате несчастного случая			
<input type="checkbox"/> Страхование от несчастных случаев + «Телемедицина»	Хирургическое вмешательство		
<input type="checkbox"/> Страхование от несчастных случаев и болезней + «Телемедицина»	Госпитализация и реабилитация		
<input type="checkbox"/> Страхование от критических заболеваний /состояний, включая программу «Телемедицина», сроком на 5 лет			
<input type="checkbox"/> Турбосчет			
<input type="checkbox"/> Изменение других дополнительных программ (укажите название программы, страховую сумму и страховой взнос по данной программе)		Страховая сумма (руб.)	Страховой взнос (руб.) с учетом формы оплаты по Полису

**Внимание!** При увеличении страховой суммы программ обязательно заполните Декларацию о здоровье (стр. 4).

### 2.4. Отказ от дополнительных программ страхования (по Спецификации или Дополнительному соглашению)

Укажите название программы согласно действующей Спецификации / Дополнительного соглашения к Полису, Страховую сумму и Страховой взнос по данной программе

Программа страхования	Страховая сумма (руб.)	Страховой взнос (руб.) с учетом формы оплаты по Полису

### Без изменений

Страхователь

(подпись)

(дата)

**2. Внесение изменений в годовщину действия Полиса (продолжение)** **2.5. Приобретение и изменение программ страхования «Спутник Жизни», «Спутник Детства» и «Гармония»**

Покупка	Изменение	Отказ	Страховые риски	Ребенок	Взрослый	Взрослый	Страховая сумма (руб.)	Страховой взнос (руб.)
				0-17 лет	18-64 лет	65-74 лет		
				Отметьте выбранные риски (обязательные риски выделены цветом)				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Постоянная полная нетрудоспособность или постоянная частичная нетрудоспособность в результате несчастного случая*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Смерть в результате несчастного случая (при страховании ребенка Застрахованным по риску является Страхователь)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Смерть Страхователя в результате несчастного случая или Постоянная полная нетрудоспособность Страхователя в результате несчастного случая	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Критические заболевания и состояния (20 при страховании ребенка, 7 при страховании взрослого, может быть выбран до 55 лет на момент заключения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Критические заболевания и состояния, 31 (может быть выбран до 55 лет на момент заключения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Переломы или ожоги в результате несчастного случая	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Перелом, ожоги, или мелкие травмы в результате несчастного случая	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Проведение хирургических операций в результате несчастного случая	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Проведение хирургических операций в результате несчастного случая или болезни	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Госпитализация и реабилитация в результате несчастного случая	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Госпитализация и реабилитация в результате несчастного случая или болезни	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Реанимация в результате несчастного случая (при выборе риска «Госпитализация и реабилитация в результате несчастного случая»)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Реанимация в результате несчастного случая или болезни (при выборе риска «Госпитализация и реабилитация в результате несчастного случая или болезней»)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Телемедицина (обязательна при выборе «Критические заболевания и состояния», «Гармония», «Проведение хирургических операций», или «Госпитализация и реабилитация»)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 консультации в год	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Обращение за медицинской консультацией по дополнительной программе страхования «Медицинский консердж» (при наличии Телемедицины)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 консультации в год	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Риски по программе страхования «Гармония» (до 55 лет на момент заключения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Риски по программе страхования «Материнство» (при выборе «Гармонии») (до 45 лет на момент заключения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	В соответствии со Страховой суммой по «Гармонии»	
<b>Итого взнос по программе, руб.</b>								

\* При страховании ребенка «Постоянная полная нетрудоспособность или постоянная частичная нетрудоспособность» заменяются на «Телесные повреждения».

**Сумма взноса по Полису с учетом периодичности оплаты и всех заявленных изменений, включая административный взнос, руб.** | | | | | | | |Взнос оплачен через картридер Да  Нет  **2.6. Изменение Страховой суммы по основной программе только для Полисов страхования жизни (кроме программ «Жизнь+» и «Защита Жизнь+»)**

**Увеличение страховой суммы по основной программе\*** Страховая сумма (руб.) по основной программе | | | | | | | | Страховой взнос (руб.) по основной программе | | | | | | | |  
(требуется заполнение Декларации о здоровье на стр. 5)

\* Я согласен доплатить разницу между увеличенным взносом по основной программе и действовавшим ранее взносом по основной программе за все прошедшие периоды действия Полиса.

**Уменьшение страховой суммы по основной программе\*\*** Страховая сумма (руб.) по основной программе | | | | | | | | Страховой взнос (руб.) по основной программе | | | | | | | |

В первые 2 года действия Полиса уменьшение взноса по ОСНОВНОЙ программе возможно не более, чем на 25%, в последующие годовщины действия Полиса не более, чем на 50%, но не менее 10 000 руб.

\*\* Я согласен с тем, что Договор продолжает действовать с уменьшенными страховыми суммами. Также подтверждаю, что мне были объяснены все условия и преимущества, которые я теряю вследствие уменьшения страховой суммы по данному Полису.

 Полис действует менее 3-х лет, разницу между новой и предыдущей выкупной суммой равна нулю Полис действует более 3-х лет, разницу в выкупных суммах прошу зачесть в счет текущей оплаты полиса с учетом заявленных изменений в размере \_\_\_\_\_ руб. перевести на Полис № \_\_\_\_\_ в размере \_\_\_\_\_ руб. осуществить выплату по следующим банковским реквизитам:

Банк Получателя

ИНН банка

БИК банка

Корр/с банка

Р/с банка

(в случае наличия Л/с или номера карты Получателя)

Р/с Получателя

Ф. И. О. Получателя

Л/с или номер карты Получателя\*

(обязателен для заполнения, если указан р/с Банка)

20 или 22 знака в зависимости, где открыт лицевой счет

 **Без изменений**Страхователь \_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_ (дата)

Агент \_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_ (дата)

# Декларация о здоровье

№ Полиса

увеличение страховой суммы

приобретение дополнительных программ страхования

Ф. И. О. Застрахованного

Отношение к Страхователю

Заполняется Застрахованным лицом\* и Страхователем (Все поля обязательны для заполнения)

Место работы Страхователя / название компании

Должность / Описание служебных обязанностей

Место работы Застрахованного лица / название компании

Должность / Описание служебных обязанностей

**Годовой доход Застрахованного лица (руб.):**

до 500 000     500 001–750 000     750 0001–1 000 000     1 000 001–2 000 000     2 000 001–3 000 000     более 3 000 000

**Годовой доход Страхователя, если отличается от Застрахованного лица (руб.):**

до 500 000     500 001–750 000     750 0001–1 000 000     1 000 001–2 000 000     2 000 001–3 000 000     более 3 000 000

	Ответы Застрахованного лица	Ответы** Страхователя
1) Имя и адрес Вашего лечащего врача: ..... Поликлиника по добровольному медицинскому страхованию: ..... Стационары, в которых проходили лечение: .....		
<b>В случае положительного ответа на следующие вопросы просьба указать подробности в специальной графе</b>		
2) Рост ..... см, вес ..... кг Застрахованного лица. Рост ..... см, вес ..... кг Страхователя. Изменился ли за последний год? .....	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3) а) Дневное потребление табака в сигаретах (шт.) ..... б) Недельное потребление алкоголя в литрах ..... Вид потребляемого алкоголя .....		
4) Только для Застрахованного лица. Вы являетесь правой или левой? (Нужное указать)		
5) Беспокоят ли Вас какие-либо боли / недомогание / плохое самочувствие, связанные с Вашим физическим или психическим состоянием? Если да, пожалуйста, опишите характер и локализацию. ....	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
6) Принимаете ли Вы какие-либо лекарственные препараты или биологически активные добавки без консультации с врачом? Если да, пожалуйста, перечислите .....	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
7) Находите ли Вы в настоящий момент или находились под наблюдением врача, на лечении, принимаете ли лекарства или у Вас проявлялись любые симптомы в связи со следующими заболеваниями или состояниями (если да, пожалуйста, опишите заболевания/состояния, Ф. И. О. врачей и названия лечебных учреждений, в которых Вы находились на лечении, даты и т. п.): .....		
а) ишемическая болезнь сердца, инфаркт, цереброваскулярная болезнь, атеросклероз, заболевания или дефекты клапанов сердца, боли в груди, сердечные шумы, ревматическая атака, гипертоническая болезнь или повышенное артериальное давление, повышенный уровень холестерина крови, другие заболевания сердечно-сосудистой системы .....	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
б) образование на коже или рожимые пятна, которые кровоточили, становились болезненными, менялись в цвете или увеличивались в размере, рак или другие злокачественные заболевания, болезни крови, полипы, кисты, фиброма, фиброаденома, лимфома, лейкоз или другие новообразования независимо от их локации, доброкачественности или злокачественности, инфекционные заболевания .....	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
в) получили ли Вы положительный результат скринингового теста на рак, проходили или собираетесь пройти обследование на наличие полипов толстой кишки или воспалительных заболеваний пищеварительного тракта (болезнь Крона или язвенный колит), поликистозной болезни почек, доброкачественных заболеваний молочных желез, асбестоза, любой формы гепатита или цирроза печени? .....	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
г) диабет или повышенный уровень сахара в крови, тиреозит, зоб или другие заболевания щитовидной железы, а также иные расстройства эндокринной системы. ....	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
д) инсульт, транзиторная ишемическая атака или другие нарушения мозгового кровообращения, эпилепсия, головокружения, обмороки, судороги (конвульсии), параличи, черепно-мозговые травмы или любые другие расстройства нервной системы .....	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
е) аллергия, астма, бронхит, обструктивная болезнь легких, саркоидоз, туберкулез или другие заболевания легких и дыхательных путей. ....	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
ж) гепатит, панкреатит, холецистит, гастрит, пиелонефрит, гломерулонефрит, почечная недостаточность, миома или любое другое заболевание печени, желудка, кишечника, почек, мочевыводящих путей или репродуктивной системы .....	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
з) заболевания или поражения органов зрения, слуха, обоняния, ротовой полости и горла .....	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
и) неврит, ревматизм, ишиас, артрит или любые другие заболевания или поражения мышц, суставов, костной ткани, позвоночника. ....	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
к) любые психические заболевания, невротические состояния (страхи, депрессии), алкогольная или наркотическая зависимость. ....	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
8) Являетесь ли Вы инвалидом или присваивалась ли Вам ранее инвалидность? .....	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
9) Находите ли Вы в настоящий момент или находились под наблюдением врача, на лечении, принимаете ли лекарства в связи с каким-либо заболеванием или отклонением, не указанным выше? Если да, пожалуйста, укажите клинику и диагноз .....	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
(только для детей) В любой период в течение трех последних лет назначал ли врач медикаментозное лечение/обследование или принимал ли Ваш ребенок любые лекарства на регулярной основе (за исключением препаратов для лечения простудных заболеваний) .....	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
10) Проводились ли Вам рентгенологические исследования, включая компьютерную томографию или магнитно-резонансную томографию, электрокардиография или другие диагностические обследования? Если да, пожалуйста, укажите их результат, клинику .....	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
11) Проводились ли Вам в течение последних 10 лет какие-либо хирургические операции, в связи с которыми потребовалось пребывание в стационаре в течение двух и более дней, или которые требовали проведения предварительного специального обследования, такого как биопсия, компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), эндоскопия или им подобные? .....	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
12) Получали ли Вы консультации врача в течение последних пяти лет или намереваетесь ли Вы обратиться к врачу за консультацией или пройти диагностическое обследование? Если да, пожалуйста, укажите клинику и диагноз. ....	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
13) Болел ли кто-либо из Вашего близкого окружения инфекционными заболеваниями за последние шесть месяцев?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
14) Страдают или страдали ли Ваши родственники диабетом, повышенным артериальным давлением, сердечно-сосудистыми заболеваниями, заболеваниями сердца, почек, опухолевыми заболеваниями, туберкулезом, психическими расстройствами или пороками развития? Были ли выявлены злокачественные новообразования? Если да, укажите возраст родственника и когда это произошло .....	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
15) Имеете ли Вы близких родственников (родители, братья, сестры, дети), которым были диагностированы опухоль, рак, полипоз кишечника, поликистозная болезнь почек, сердечно-сосудистое заболевание или заболевание сердца до 50 лет? .....	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
16) Консультировались или лечились ли Вы в связи со СПИДом или заболеваниями, передающимися половым путем, говорили ли Вам, что Вы являетесь носителем ВИЧ? Была ли у Вас или Вам говорили, что у Вас положительная реакция при анализе крови на антитела ВИЧ? .....	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
17) Появлялись ли у Вас когда-либо симптомы, причину которых Вы не могли объяснить, такие как диарея, увеличение лимфатических узлов, необычные изменения кожи, повышенная утомляемость, потеря веса? .....	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
18) Только для женщин: а) беременны ли Вы? При положительном ответе укажите срок беременности: _____ недель. .... б) были ли у Вас ранее осложнения во время беременности или родов? .....	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Только для мужчин: были ли Вы освобождены от воинской обязанности или уволены из Вооруженных Сил в связи с Вашим физическим или психическим состоянием? .....	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

**Описание положительных ответов (перед ответом укажите номер вопроса)**

Для Застрахованного лица	Для Страхователя

В случае прохождения мной предстрахового медицинского освидетельствования копии результатов прошу (выбрать один из вариантов):

передать мне через моего финансового консультанта в запечатанном конверте     мне не передавать

**Заявляю, что данные мной ответы соответствуют действительности. Проинформирован, что в случае дачи мной ложных ответов или сокрытия информации Страховщик вправе требовать признания Договора недействительным в соответствии с действующим законодательством.**

\* При страховании ребенка вопросы адресованы также Страхователю.

\*\* При приобретении Дополнительной программы ежемесячных выплат в случае смерти вопросы адресованы также Страхователю.

Датирование (город, дата)

Подпись Застрахованного лица  
(или законного представителя)

Подпись Страхователя