

# Заявление на получение медицинской консультации

по программам «Телемедицина» или «Медицинский консьерж»



## 1. Общая информация

### Заявитель / Застрахованное лицо

Ф. И. О. полностью

по Полису №  Отношение Заявителя к Застрахованному лицу  
(в случае, если Заявитель и Застрахованное лицо не совпадают)\*

#### Фактический адрес Заявителя:

Индекс       Область/Край

Город  Улица

Дом  Корпус  Квартира

#### Контакты для связи с Заявителем:

Телефон  код      №       Удобное время для звонка  
(с 10:00 до 18:00 по московскому времени)

E-mail

#### Паспортные данные Заявителя:

Серия     Номер       Дата выдачи документа

Кем выдан

(как в паспорте, без сокращений)

\* Интересы Застрахованного лица может представлять его законный представитель на основе подтверждающего официального документа (нотариально заверенная доверенность/ копия свидетельства о рождении ребенка и копия паспорта Заявителя, либо копия постановления об установлении опеки и копия паспорта Заявителя).

### Застрахованное лицо (если не совпадает с Заявителем)

Ф. И. О. полностью

### Лечащий врач Застрахованного лица

Ф. И. О. полностью

Полное наименование медицинского учреждения, в котором работает

Контактный номер телефона для связи (при наличии)  код      №

Дата постановки диагноза

### Заключительный клинический диагноз

Ф. И. О. Заявителя полностью

Подпись Заявителя

Дата



### 3. Перечень прилагаемых документов

Отметить ниже, указать количество страниц прилагаемого документа

а) Копии последнего выписного эпикриза (или выписных эпикризов в случае повторных госпитализаций)	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	страниц
б) Копии детального осмотра или заключения лечащего врача	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	страниц
в) Снимки в формате DICOM на электронном носителе:	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	дисков
рентгенологические	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	дисков
снимки КТ	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	дисков
снимки МРТ	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	дисков
снимки ПЭТ/ КТ	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	дисков
снимки УЗИ	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	дисков
г) Гистологические препараты	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	штук
стекла	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	штук
блоки	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	штук
д) Гистологическое заключение по результатам биопсии	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	страниц

**Другая медицинская документация, связанная с лечением и диагностированием заболевания** (указать ниже, при наличии):

Да  Нет

#### Перечень иной медицинской документации

1. _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	_____
2. _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	_____
3. _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	_____
4. _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	_____
5. _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	_____
6. _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	_____
7. _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	_____
8. _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	_____
9. _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	_____

Ф. И. О. Заявителя полностью

Подпись Заявителя

Дата

# Согласие Застрахованного лица на обработку его персональных данных

Я, \_\_\_\_\_ (Ф. И. О. Застрахованного лица), (далее также – «Субъект персональных данных», «Клиент») предоставляю Акционерному обществу «Страховая компания МетЛайф» (далее по тексту – АО «МетЛайф», Общество), расположенному по адресу 127015, г. Москва, Бутырская, д. 76, стр. 1, согласие на обработку моих персональных данных, предоставленных Обществу и указанных в Заявлении на получение медицинской консультации по программам «Телемедицина» или «Медицинский консьерж» и в результатах исследований с учетом нижеследующего.

Целями обработки персональных данных Обществом являются:

- а) исполнение заключенных и/или заключаемых договоров/соглашений с АО «МетЛайф»;
- б) предоставление Обществом Клиенту страховых услуг (в том числе, рассмотрение возможности их предоставления), а также предоставление различных информационных услуг, в том числе, путем направления сообщений рекламного характера об услугах, предоставляемых Обществом, и способах их оказания;
- в) ведение справочных и клиентских баз для повышения качества обслуживания клиентов;
- г) проверка любых предоставленных Субъектом персональных данных сведений (и получение, при необходимости, дополнительных сведений в пределах разрешенных применимым законодательством РФ) в государственных и/или иных органах/организациях;
- д) защита интересов Общества при неисполнении и/или ненадлежащем исполнении Субъектом персональных данных обязательств по заключенным с АО «МетЛайф» договорам/соглашениям;
- е) осуществление иных функций, возложенных на АО «МетЛайф» нормами действующего законодательства Российской Федерации, внутренними нормативными актами и положениями, договорами, соглашениями, заключенными либо предполагаемыми к заключению с Субъектом персональных данных.

Клиент предоставляет согласие АО «МетЛайф» на совершение следующих действий (операций) со своими персональными данными: сбор, запись, передача (предоставление, доступ), систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Обработка персональных данных осуществляется любым способом (как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств), предусмотренным действующим законодательством РФ и выбранным по усмотрению АО «МетЛайф».

Клиент предоставляет согласие на осуществление АО «МетЛайф» трансграничной передачи его/ее персональных данных, в том числе аффилированным лицам АО «МетЛайф», в частности, Metropolitan Life Insurance Company (MLIC), адрес: 200 Парк Авеню, г. Нью-Йорк, штат Нью-Йорк, США 10166, его зависимым и дочерним обществам. Клиент предоставляет согласие на передачу своих персональных данных **компании WorldCare (США)**, адрес: WorldCare S.A., 33 rue Галиле, 75116, Париж, Франция, а также на передачу персональных данных определенному кругу третьих лиц, осуществляющих: страхование/перестрахование рисков АО «МетЛайф»; электронную обработку сведений о Клиенте и совершенных им/ею операциях; консультантам АО «МетЛайф»; иным организациям, оказывающим услуги АО «МетЛайф» в связи с исполнением Обществом своих обязанностей перед Клиентом в соответствии с заключенным с ним/ней договором страхования. Информация о третьих лицах (с указанием наименования, адреса лица и цели передачи), которым АО «МетЛайф» вправе передать персональные данные Клиента, в том числе, с целью их последующей обработки, размещена на официальном сайте АО «МетЛайф» <http://www.metlife.ru/> и/или может быть предоставлена на основании отдельного письменного запроса Клиента. **ООО «Европ Ассистанс СНГ»**, адрес: 115114, г. Москва, ул. Летниковская, д. 11/10, стр. 5, пом. 4, а также на передачу персональных данных определенному кругу третьих лиц, осуществляющих: страхование/перестрахование рисков АО «МетЛайф»; электронную обработку сведений о Клиенте и совершенных им/ею операциях; консультантам АО «МетЛайф»; иным организациям, оказывающим услуги АО «МетЛайф» в связи с исполнением Обществом своих обязанностей перед Клиентом в соответствии с заключенным с ним/ней договором страхования. Информация о третьих лицах (с указанием наименования, адреса лица и цели передачи), которым АО «МетЛайф» вправе передать персональные данные Клиента, в том числе, с целью их последующей обработки, размещена на официальном сайте АО «МетЛайф» <http://www.metlife.ru/> и/или может быть предоставлена на основании отдельного письменного запроса Клиента. Клиент предоставляет согласие на проверку информации и сведений о себе любым законным способом, в том числе, путем направления соответствующих запросов третьим лицам.

Согласие вступает в действие со дня его предоставления Клиентом и действует в течение всего срока действия любого из договоров на оказание страховых услуг, заключенных с АО «МетЛайф», и/или в течение срока оказания страховой услуги, не предусматривающей необходимость заключения договора, а также в течение 5 (пяти) лет после прекращения всех договорных обязательств и/или оказания последней по времени страховой услуги, если иное не предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации. Клиент вправе отозвать Согласие на обработку своих персональных данных в любое время на основании своего письменного заявления, направленного в АО «МетЛайф» по адресу, указанному в настоящей Согласии выше.

Ф. И. О. Заявителя полностью

Подпись Заявителя

Дата

# Декларация Застрахованного лица

1. Заявляю, что вся информация, предоставленная мной в Заявлении, достоверна и полна в соответствии с моими знаниями и убеждениями.
2. Я даю свое согласие на то, что Страховщик с целью проверки сведений вправе получать любую информацию и документы о состоянии моего здоровья в любых медицинских учреждениях (организациях), в т. ч. в лечебно-профилактических учреждениях, фонде социального страхования и других страховых компаниях.
3. Настоящим я разрешаю любому медицинскому работнику или учреждению здравоохранения, страховым медицинским организациям, 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 в случае необходимости в АО «МетЛайф».
4. 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 персональных данных Застрахованного лица (в том числе персональных данных о состоянии здоровья). 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.
5. Настоящим подтверждаю, что я, Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель (-ли) не являемся лицами, в отношении которых установлены и действуют экономические и/или политические программы санкций или ограничения, предусмотренные решениями компетентных органов Российской Федерации, Организации Объединенных Наций, Европейского союза, США и иных стран и организаций, а также не являюсь (-емся) лицом (-ами), внесенным (-и) в списки лиц, подверженных санкциям в связи с легализацией (отмыванием) доходов, террористической и иной незаконной деятельностью, формируемыми указанными странами и организациями, и соглашаюсь с тем, что предоставление страхового покрытия, страховые выплаты или иные платежи в отношении лиц, на которых распространяются программы санкций или которые внесены в списки лиц, подверженных санкциям, будут сделаны только при условии получения соответствующего разрешения органа, установившего санкцию/ограничение.
6. Настоящим подтверждаю, что не являюсь иностранным публичным должностным лицом\* или родственником иностранного публичного должностного лица. В ином случае обязуюсь заполнить «Заявление о принятии на обслуживание иностранного публичного должностного лица» или «Уведомление о родстве с иностранным публичным должностным лицом».

\* 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.

## Форма согласия и отказа Застрахованного лица (пациента)

от предоставления медицинской консультации

Подписывая настоящую форму, я наделяю полномочиями сотрудников Сервисной компании страховщика (в частности, компании WorldCare Inc. USA) предоставлять медицинскую информацию о моем здоровье, а также сопутствующую документацию, включая рентгеновские снимки, пленки, слайды и прочую диагностическую информацию (именуемую в совокупности как моя «личная медицинская информация») Сервисной компании страховщика (в частности, компании WorldCare Inc., USA), а также даю полномочия ее сотрудникам на оцифровку моей личной медицинской информации.

Я разрешаю отправку моей личной медицинской информации в медицинские учреждения, где соответствующие специалисты изучат мою личную медицинскую информацию, проконсультируют и представят медицинское заключение.

Я исхожу из того, что данное заключение будет передано моему врачу, и что мой врач будет по-прежнему нести ответственность за мой первичный диагноз и лечение.

Я проинформирован/а:

- 1) о том, что я, по своему выбору, могу в любое время отказаться от данной консультации или от медицинского заключения;
- 2) о причинах, почему мой лечащий врач хочет получить консультацию и медицинское заключение, а также любых связанных с этим рисках, выгодах и последствиях;
- 3) о том, что Сервисные компании Страховщика, включая компанию WorldCare Inc. USA, ее медицинские учреждения и врач(и), получающие мою личную медицинскую информацию, приняли меры к сохранению ее конфиденциальности в соответствии с действующим законодательством, и что моя личная медицинская информация не будет предоставляться какому-либо физическому или юридическому лицу без моего предварительного согласия.

## Patient (Insured person's) Consent and Waiver form

for medical consultation service

By signing below, I authorize my physician to release my medical records and related documentation, including x-rays, films, slides and other diagnostic information (collectively, my "Personal Information") to MetLife Medical & Assistance Providers (including WorldCare Inc., USA) and authorize MetLife Medical & Assistance Providers (including WorldCare Inc., USA) employees or agents to digitize my Personal Information.

I authorize my Personal Information to be sent to a hospital that will select one or more physicians to review the Personal Information and provide a consultation or second opinion report answering specific questions posed by my physician.

I understand that the report will be sent to my physician, and that my physician remains responsible for my primary diagnosis and treatment.

I have been informed:

- 1) That I have the option to withdraw consent to this consultation or second opinion at any time.
- 2) Of the reason(s) why my physician wishes to obtain the consultation or second opinion and any associated benefits, risks and consequences.
- 3) That MetLife Medical & Assistance Providers (including WorldCare Inc., USA) and the hospital and physician(s) receiving the Personal Information have taken steps to protect its confidentiality in accordance with applicable law and that the Personal Information will not be shared with any other person or entity without my prior consent.

Подпись Застрахованного  
лица (пациента)\*

Дата рождения

Подпись представителя Застрахованного лица (родителя, опекуна  
или иного законно уполномоченного лица, если это применимо)\*

Дата



\*Если пациент является несовершеннолетним, недееспособным или умственно некомпетентным настолько, что не способен дать сознательное согласие, следует получить подпись лица, законно уполномоченного на выражение согласия от имени данного пациента, по месту жительства (в стране резиденции) данного пациента (например, родителя или опекуна).