

## 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?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите подробности
3. Занимаетесь ли Вы спортом (спортивные увлечения) на любительской основе или профессионально?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите количество _____ сигарет в день или поясните _____
6. Употребляете ли Вы алкоголь?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите какой именно _____, и объем потребления алкоголя за неделю _____ (грамм)
7. Употребляете ли Вы психотропные и/или наркосодержащие лекарственные препараты, наркотики?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите подробности
<b>Имеются ли у вас в настоящее время или имелись в течение последних 5 (Пяти) лет следующие заболевания</b>		
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.)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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.)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите диагноз:
10. Заболевания нервной системы (в т.ч. эпилепсия, рассеянный склероз и др.), психические расстройства?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите диагноз:
11. Заболевания желудочно-кишечного тракта (в т.ч. хронический панкреатит, язвенная болезнь, цирроз печени, альвеококкоз печени и др.)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите диагноз:
13. Заболевания опорно-двигательного аппарата (в т.ч. остеохондроз, грыжа позвоночника, артрит, артроз, деформирующий спондилез и др.)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите диагноз:
14. Имеются ли нарушения функции движения?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите подробности
15. Заболевания органов слуха (в т.ч. тугоухость, кохлеарный неврит и др.)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите диагноз:
16. Заболевания органов зрения (в т.ч. кератит, катаракта, глаукома, ангиопатия сетчатки и макулодистрофия, др.)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите диагноз:

17. Заболевания уха, горла, носа (в т.ч. синусит, отит, хронический тонзиллит и др.)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите диагноз:
18. Заболевания крови?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите диагноз:
19. Болеете ли СПИД, инфицированы ВИЧ, гепатитом А, В, С, D?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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.)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите диагноз:
21. Онкологические заболевания, новообразования или опухоли любого вида?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите диагноз
22. Проходили ли Вы лечение в стационаре в течение последних 5 лет?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите дату и диагноз:
23. Были ли Вы оперированы в течение последних 5 лет?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите дату и диагноз:
24. Проходите ли Вы лечение (стационарно, амбулаторно), медицинское обследование в настоящее время?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите причину:
25. Имеются ли у Вас или имелись травмы (повреждения) в течение последних 5 лет?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите дату и диагноз:
26. Устанавливалась ли Вам ранее или установлена в настоящее время группа инвалидности?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись / ФИО

**Дата:** \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.