

МЕДИЧНА АНКЕТА ДЛЯ СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ

УВАГА! Подання недостовірних чи неповних відомостей у медичній анкеті є підставою для відмови у страховій виплаті.

Надання копій медичних документів не замінює детального заповнення цієї анкети.

ПІБ Клієнта: _____

Дата народження: _____

1. а) ПІБ, адреса, номер телефону особистого лікаря: _____

б) Дата та причина останнього візиту до лікаря (за останні 5 років): _____

в) Проведене лікування (включаючи назву ліків): _____

2. Зріст (см): _____ Вага (кг): _____	3. Щоденне вживання: а) алкогольних напоїв _____ б) цигарок _____
4. Артеріальний тиск: Чи проводилося лікування або обстеження з приводу артеріальної гіпертензії? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	д) Чи пропонували Вам обстеження, госпіталізацію або хірургічне лікування, яке не було здійснено? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Чи лікувались Ви або мали симптоми таких хвороб: а) будь-які хвороби очей, вух, горла, носа? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	9. Чи мали Ви відстрочку від військової служби або були звільнені зі служби через стан Вашого здоров'я? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
б) запаморочення, нудота, дрож, головний біль, порушення мови, інсульт або параліч, нервові або психічні хвороби або розлади? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	10. Чи зверталися Ви за соціальними виплатами або пенсією у зв'язку з травмою, професійним захворюванням або тимчасовою непрацездатністю? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
в) задишка, довготривалий грип або кашель, кровохаркання, бронхіт, плеврит, астма, пневмонія, туберкульоз, хронічні хвороби органів дихання? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	11. Чи маєте Ви намір звернутися до лікаря за консультацією, пройти медичне обстеження або лікування? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
г) біль в грудній клітці, серцебиття, підвищений кров'яний тиск, інфаркт міокарда, серцевий шум або інші серцево-судинні хвороби? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	12. Чи хворів хто-небудь із Ваших прямих родичів на підвищений кров'яний тиск, діабет, хвороби серця або нирок, психічні хвороби, туберкульоз, спадкові хвороби, пухлину або вчиняв спробу самогубства? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
д) жовтяниця, шлунково-кишкова кровотеча, виразка шлунка або дванадцятипалої кишки, грижа, апендицит, перитоніт, коліт, геморої, блювота або інші хвороби шлунка, кишок, печінки або жовчного міхура? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	13. Чи зверталися Ви коли-небудь по медичну допомогу або проходили лікування: а) у зв'язку зі СНІД або будь-якими симптомами, що пов'язані зі СНІД або хворобами, що передаються статевим шляхом? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
е) зміни в аналізі сечі (глюкоза, білок, еритроцити, лейкоцити), сечокам'яна хвороба або інші хвороби нирок, простати, статевих органів, сечового міхура? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	б) Чи повідомляли Вас, що Ви маєте СНІД або пов'язані з ним симптоми? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
ж) цукровий діабет, хвороби щитовидної залози або інших залоз внутрішньої секреції? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	в) Чи мали Ви коли-небудь позитивний результат дослідження крові на ВІЛ? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
з) ушкодження нервів, радикуліт, ревматизм, артрит, подагра, розлади м'язів і кісток, включаючи суглоби та хребет? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	14. Чи спостерігаються у вас симптоми, що описані нижче, причина яких невідома: діарея, втрата ваги, слабкість, збільшення лімфатичних вузлів або незвичні зміни шкіри? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
і) деформації кінцівок та ампутації? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	15. Тільки для жінок: а) Чи були у Вас захворювання молочних залоз, порушення менструального циклу або будь-які гінекологічні проблеми? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
к) хвороби шкіри, лімфатичної системи, кістки, пухлини або рак? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	б) Чи мали Ви ускладнену вагітність, аборт? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
л) алергія, анемія або інші хвороби крові? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	в) Чи вагітні Ви зараз? Строк _____ тижнів. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
5. Чи лікуєтесь Ви зараз або вживаєте будь-які ліки у зв'язку з будь-якою хворобою або болем? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	16. Чи вживаєте Ви регулярно ліки? Вкажіть препарати: <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
6. Чи змінилася Ваша вага за останній рік? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	17. Чи перебуваєте Ви на диспансерному обліку? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
7. Протягом останніх 5 років: а) Чи хворіли Ви на будь-які психічні або фізичні хвороби, не зазначені вище? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	18. Додаю до даної медичної анкети всі наявні медичні документи для підтвердження зазначеної нижче інформації <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
б) Чи проходили Ви обстеження, перенесли хірургічне лікування, або траплявся з Вами нещасний випадок? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	
в) Чи були Ви госпіталізовані? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	
г) Чи проходили Ви рентгенівське обстеження, ЕКГ-обстеження або будь-які інші діагностичні процедури? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	

У разі позитивної відповіді на будь-яке з питань зазначте, будь ласка, у полі нижче номер питання та вкажіть діагноз, дату або період, детальну інформацію:

ЗАЯВА КЛІЄНТА

Підтверджую, що я є особою, яка має намір бути застрахованою, і що всі відповіді та свідчення в цій медичній анкеті є правдивими і повними та є частиною моєї Заяви на укладання договору страхування життя.

Дата: _____ Клієнт: _____ Підпис Клієнта: _____