

МЕДИЧНА ДЕКЛАРАЦІЯ

Ця Медична декларація заповнюється з метою укладання Договору добровільного медичного страхування та страхування медичних витрат за комплексною програмою страхування «Медицина без меж» від АТ «СК «АХА Страхування»

Прізвище: _____

Ім'я: _____

По-батькові: _____

Дата народження: _____

Повідомте дані про стан свого здоров'я в даний час та протягом останніх 10 років – вкажіть відповідь «ТАК» або «НІ» навпроти захворювань з переліку:

- Чи проходить / проходили Ви стаціонарне, амбулаторне, відновне або профілактичне лікування, або
- Чи встановлювався Вам за результатами обстеження діагноз, або
- Чи перебуваєте / перебували Ви під наглядом лікаря-фахівця з приводу будь-якого з нижченаведених захворювань або станів:

Захворювання	ТАК	НІ
Рак або злоякісне новоутворення будь-якого типу, в т.ч. хвороба Ходжкіна;		
Будь-які види пухлин або кісти головного мозку та інших внутрішньочерепних структур, кісток черепа, придаткових пазух або спинного мозку;		
Лейкемія (лейкоз) або будь-яке захворювання крові, що вимагає лікування строком не менше одного місяця (наприклад, анемія, лімфома, мієлома, порушення згортання крові, гемофілія або підвищена кровоточивість судин);		
Рак in situ (неінвазивний рак, без проростання) або будь-які передракові (передпухлинні) захворювання або патологічні зміни органів і тканин (дисплазії), що мають високу ймовірність переродження в злоякісні новоутворення, включаючи, але не обмежуючись передраковими змінами в області молочних залоз / жіночих статевих органів, сечового міхура або простати;		
Будь-які форми захворювань серця (наприклад, серцевий напад, стенокардія, перенесений інфаркт міокарда, кардіосклероз, кардіоміопатія, захворювання (в т.ч. вади) клапанів серця, шуми в серці або ревматизм; ви можете відповісти «ні», якщо ви проходили лікування тільки в зв'язку з високим кров'яним тиском і / або високим рівнем холестерину);		
Будь-які форми інсульту або крововиливу в мозок;		
Будь-яка форма діабету		

УВАГА! Якщо в даний час Ви проходитье обстеження з приводу симптомів, які можуть бути проявом якого-небудь з вищевказаних захворювань або станів, або очікуєте результатів діагностики, будь ласка, візьміть до уваги, що Вам слід дочекатися отримання результатів, щоб коректно відповісти на питання.

Я підтверджую і гарантую, що інформація, надана в цій Заяві є правдивою, достовірною та вичерпною, і я розумію, що ця інформація може мати вирішальне значення при укладанні Договору страхування. Неповна і неправдива інформація може привести до не укладання або припинення дії Договору страхування.

Я надаю згоду на страхування та відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» на збирання, обробку АТ «СК «АХА Страхування» моїх персональних даних, в тому числі тих, що стосуються здоров'я, та передачу їх третім особам з метою виконання та супроводження Договору страхування.

Дата	Підпис
«__» _____ 20__ р.	_____ / _____ ПІБ / підпис

Якщо Застрахована особа – неповнолітня дитина, то Декларацію заповнює і підписує один з батьків або опікунів, який буде Страхувальником за Договором страхування