Приложение 8

к приказу от 22.03.2022 № 77, в редакции приказа от 26.07.2024 № 184

**Анкета**

**Застрахованного лица**

**по Унифицированной программе добровольного**

**страхования медицинских расходов**

*Сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица*

Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Собственное имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество (если таковое имеется)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Идентификационный номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(страна, область, район, населенный пункт)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Регистрация по месту жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспортные данные \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия и номер, дата выдачи,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование гос. органа, выдавшего паспорт)

Гражданство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы, должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Учебное заведение, курс\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пол М € Ж €

Поликлиника (медицинский центр), в котором Вы наблюдаетесь\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Лекарственные препараты, принимаемые Вами регулярно\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Оперативные вмешательства за последние 10 лет: Да Нет

Если «Да», то операция по поводу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ году

3. Наличие следующих заболеваний, зарегистрированных ранее:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| гепатит | Нет | Да в \_\_\_\_году; |  |  |  |
| венерические заболевания | Нет | Да в \_\_\_\_году; | ВИЧ-носитель | Нет | Да |
| дизентерия | Нет | Да в \_\_\_\_году; | ВИЧ-инфицированный | Нет | Да |
| туберкулез | Нет | Да в \_\_\_\_году; | носитель вируса гепатита С, Д | Нет | Да |
| черепно-мозговая травма | Нет | Да в \_\_\_\_году; | носитель австралийского антигена | Нет | Да |
| переломы костей | Нет | Да в \_\_\_\_году; | проф. заболевание | Нет | Да |
| травмы внутренних органов | Нет | Да в \_\_\_\_году; |  |  |  |

4. Страдаете ли Вы хроническими болезнями Да Нет

Если «ДА», то какими\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года, частота обострений в году: 1 раз 2 и более

5. Состоите на диспансерном учете с\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года, по поводу \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_последнее обострение в \_\_\_\_\_\_\_году

6. Наличие группы инвалидности: Да Нет

Если «ДА», то какая (1, 2, 3) \_\_\_\_\_\_ по поводу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года

пожизненно , с ежегодным переосвидетельствованием

Если группа инвалидности была ранее, то по поводу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ снята в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ году

7. Заболевания за последние три года (отметить имеющееся):

|  |  |
| --- | --- |
| простудные заболевания, ангины | Нет Да \_\_\_\_ раз |
| пневмонии, бронхиты, плевриты, хр. бронхиты | Нет Да \_\_\_\_ раз |
| заболевание бронхиальной астмой | Нет Да \_\_\_\_ раз |
| гипертоническая и гипотоническая болезнь | Нет Да \_\_\_\_ раз |
| аллергические реакции (местная, общая) | Нет Да \_\_\_\_ раз |
| язвенная болезнь, колиты | Нет Да \_\_\_\_ раз |
| ишемическая болезнь сердца (стенокардия, инфаркт  предынфарктное состояние) | Нет Да |
| острые и преходящие нарушения мозгового кровообращения (инсульт) | Нет Да |
| гинекологические кровотечения | Нет Да \_\_\_\_ раз |
| ревматизм, пороки сердца, недостаточность кровообращения | Нет Да |
| хроническая почечная и печеночная недостаточность | Нет Да |
| болезни крови, в т.ч. наследственные | Нет Да |
| болезни половой сферы | Нет Да |
| опухоли (доброкачественные и злокачественные) | Нет Да |
| эпизоды потери сознания, судорог | Нет Да |
| заболевания глаз, расстройство зрения | Нет Да |
| заболевания уха, горла, носа, расстройство слуха | Нет Да |
| сахарный диабет | Нет Да |

8. Наличие заболеваний, указанных в пункте 7, у родителей, братьев, сестер: Да Нет

Если «Да», то какие\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Наблюдаетесь в диспансерах:

|  |  |
| --- | --- |
| психоневрологическом | Нет Да с \_\_\_\_\_\_\_ года |
| наркологическом | Нет Да с \_\_\_\_\_\_\_ года |
| кожно-венерологическом | Нет Да с \_\_\_\_\_\_\_ года |
| противотуберкулезном | Нет Да с \_\_\_\_\_\_\_ года |
| онкологическом | Нет Да с \_\_\_\_\_\_\_ года |
| эндокринологическом | Нет Да с \_\_\_\_\_\_\_ года |
| кардиологическом | Нет Да с \_\_\_\_\_\_\_ года |

10. Сколько раз в году Вы обращаетесь за медицинской помощью:

а) по поводу острого заболевания:

1 раз в год , 2 раза и более в год , 1 раз в месяц

б) по поводу обострения хронического заболевания:

1 раз в год , 2 раза и более в год , 1 раз в месяц

в) по поводу простудного заболевания:

1 раз в год , 2 раза и более в год , 1 раз в месяц

11. Имели ли вы временную утрату трудоспособности за прошедший год: \_\_\_ раз, в т.ч. по поводу респираторной вирусной инфекции \_\_\_\_ раз, со сроком лечения \_\_\_\_\_ дней

12. Стационарное лечение за последние 5 лет: Да Нет

Если «ДА», то в \_\_\_\_\_\_ году по поводу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в учреждении здравоохранения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13. Курите: Да Нет

Если «ДА», то в день до 20 сигарет свыше 20 сигарет

14. Находились на территории, подвергшейся радиоактивному загрязнению: Да Нет

сли «Да», то в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ районе,

период пребывания с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я заверяю, что, насколько я знаю, все вышеуказанные представленные мною данные являются верными.

Я информирован и полностью согласен с тем, что в случае представления мной выше заведомо ложной информации о состоянии моего здоровья, Страховщик имеет право признать договор страхования недействительным.

Разрешаю Страховщику запрашивать и получать информацию о состоянии моего здоровья из учреждений здравоохранения, в которых я обслуживался или обслуживаюсь.

Перед тем, как подписать этот документ, ещё раз убедитесь, что Вы внимательно прочитали вопросы и достоверно ответили на них.

Страхователь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

*подпись*

## Представитель Страховщика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*подпись фамилия, инициалы*

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.