

МЕДИЧНА ДЕКЛАРАЦІЯ

Ця Медична декларація заповнюється з метою укладання Договору добровільного медичного страхування за програмою страхування «Медицина без меж» від АТ «СК «АРКС»

Прізвище: _____

Застрахована особа: **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 проходите / проходили Ви стаціонарне, амбулаторне, відновне або профілактичне лікування, або
- Чи встановлювався Вам за результатами обстеження діагноз щодо:

Захворювання	ТАК	НІ
1. Будь-якого виду раку, лейкемії, хвороби Ходжкіна, лімфоми, саркоми або меланоми;		
2. Будь-яких: <ul style="list-style-type: none"> • передракових змін; • граничних пухлин; • важких дисплазій або дисплазій високого ступеня; • підвищення онкомаркера в крові (ПСА) до 4.0 нг / мл або вище; • аномальних результатів мазка шийки матки з високим ступенем плоскоклітинного інтраепітеліального ураження (CIN3 + або вище); • аномальних результатів мамограми (категорія BI-RADS 3 або вище); • гіпертиреозу, • поліпів в товстій кишці, тонкій кишці і / або шлунку, і • родимок або веснянок, які кровоточать, стають болючими, змінюють колір або збільшуються в розмірі; з приводу яких Ви не в повному обсязі одужали і / або не закінчили проходити контрольні обстеження або спостерігатися.		
3. Будь-яких захворювань крові або спадкових імунних порушень, що потребують лікування протягом не менше одного місяця, які вимагають регулярного або тривалого лікування іншого, ніж дотримання спеціальної дієти (наприклад, апластична анемія, лімфома, міелома, мієлодиспластичний синдром, серповидноклітинне захворювання, таласемія);		
4. Будь-яких видів пухлин, утворень, кіст всередині або навколо головного мозку (в межах черепа);		
5. Будь-яких видів судинних порушень або порушень кровообігу, включаючи інсульт, транзиторно ішемічну атаку (ТІА), кроволив в мозок (кровотеча), субарахноїдальний кроволив, стеноз сонних артерій, аномальні кровоносні судини (артеріовенозна мальформація, аневризма, тромб або ембол) в головному мозку або навколо нього (в межах черепа);		
6. Будь-яких форм захворювань серця (включаючи, інфаркт, стенокардія/біль в грудях, захворювання судин серця, захворювання клапанів серця, шуми в серці або ревматизм, серцева недостатність, збільшення серця або кардіоміопатія. (Ви можете відповісти «Ні» якщо проходите лікування тільки від високого кров'яного тиску і/або високого рівня холестерину));		
7. Діабету. (Ви можете відповісти «Ні», якщо Ви проходите лікування від гестаційного діабету (діабет вагітних)).		
8. Хронічного порушення функції нирок, діалізу, цирозу печінки, фіброзу печінки або хронічною печінковою недостатністю, муковісцидозу.		

Вкажіть відповідь «ТАК» або «НІ» навпроти наступних питань з переліку:

	ТАК	НІ
9. Чи були у кого-небудь з Ваших біологічних батьків, рідних братів або сестер, до їх 50-річчя, діагностовано серцево-судинні захворювання (інфаркт, операція з шунтування або інсульт), полікістоз нирок або рак кишечника, молочної залози, товстої кишки, яєчників, простати, меланома, рак підшлункової залози або нирок?		
10. Чи є у Вас в даний час або спостерігалися у Вас протягом останніх 6 місяців будь-які постійні або періодичні симптоми і/або стани, які ще не були досліджені? Це включає в себе будь-яке утворення в грудях або в яєчках, ректальну кровотечу, кров у сечі, незвичайний кашель більше шести тижнів, жовтяницю, незрозумілу втрату ваги, головні болі зі зростаючою частотою, порушення зору (розмитий/подвійний зір, безпричинна втрата зору), незрозумілу втрату слуху, труднощі з вимовою, слабкість кінцівок, судоми, напади або непритомність і лабораторні показники Вашої крові поза нормою по креатиніну, печінковим ферментам, рівню кальцію або онкомаркерам?		
11. Чи плануєте Ви найближчим часом візит до лікаря або маєте призначений прийом у лікаря або в лікарні, причиною якого є будь-які симптоми, згадані в питанні 10; або очікуєте Ви в даний час результатів будь-яких тестів, процедур або аналізів для з'ясування причин таких симптомів або станів?		
12. Вам призначали магнітно-резонансну томографію молочної залози (МРТ) протягом останніх 12 місяців?		
13. Чи було Вам коли-небудь в минулому або в даний час рекомендовано, або перебуваєте Ви в даний час в списку очікування для трансплантації органу?		

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 Страховиком 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