

СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО

Нагорный пр-д, д. 6, Москва, 117105
т. (495) 730-3000, ф. (495) 956-2585
e-mail: mail@reso.ru www.reso.ru

АНКЕТА - ЗАЯВЛЕНИЕ**на добровольное медицинское страхование («Доктор РЕСО»)**

является неотъемлемой частью (Приложение №4) договора страхования (полиса)

Заполните пропуски, отметьте нужное знаком или выберите правильный ответ (да, нет)

Прошу заключить со мной договор добровольного медицинского страхования согласно нижеследующей информации:

ДАННЫЕ О СТРАХОВАТЕЛЕ:

Страхователь

Ф.И.О. (для физ. лиц) / наименование организации (для юр. лиц)

Индекс

Адрес

область (край, округ, район), город, улица, дом, корпус, квартира

Гос. рег. №

Для юридических лиц

№ ИНН

Для юридических лиц

E-mail

Пол

М

Ж

Дата рождения

/

/

г.

Место рождения

Паспорт серия

№

выдан

/

/

г.

Где выдан

Код подразделения

Телефон моб. 8 ()

Телефон дом. 8 ()

Место работы

Следующая часть заявления заполняется с целью получения исчерпывающей информации о Застрахованном, рисках, связанных с его здоровьем и деятельностью. Если на какой-либо вопрос не получен ответ, заявление считается не заполненным. САО «РЕСО-Гарантия» отвечает за абсолютную конфиденциальность сообщенной в настоящей анкете информации.

ДАННЫЕ О ЛИЦЕ, ПРИНИМАЕМОМ НА СТРАХОВАНИЕ:

Ф.И.О.

Адрес регистрации*

* Поле обязательно для заполнения

Область (край, округ, район), город, улица, дом, корпус, квартира

Адрес фактического проживания

совпадает с адресом регистрации

Область (край, округ, район), город, улица, дом, корпус, квартира

Пол

М

Ж

E-mail

Дата рождения

/

/

г.

Место рождения

Паспорт (св.о рожд): Сер.

№

выдан

/

/

г.

Где выдан

Код подразделения

Телефон моб. 8 ()

Телефон дом. 8 ()

Гражданство

Степень родства со страхователем

Регион 1

Регион 2

СТРАХОВАЯ ПРОГРАММА:*«Базовая» является обязательной программой*

Базовая (Амб.+ПНД+СМП+Телемедицина) / Категория

Размер франшизы

ЛПУ для «Записи через регистратуру ЛПУ»

«Азбука здоровья»

Стоматологическая помощь

Стоматологическая клиника

Стационар экстренный

Онкоподдержка

Периодичность оплаты страховой премии

Единовременно

По полугодиям

Я,

(Ф.И.О. Застрахованного)

- заявляю, что представленная в анкете информация является исчерпывающей и верной и понимаю, что она может иметь решающее значение при заключении договора страхования и при осуществлении страховых выплат,
- разрешаю любому лечебному учреждению или врачу, имеющих какую-либо информацию о состоянии здоровья Застрахованного, сообщить эту информацию в страховую компанию САО «РЕСО-Гарантия»,
- предоставляю страховой компании САО «РЕСО-Гарантия» право произвести индивидуальную оценку риска, и, в случае необходимости, предложить мне: изменить условия страхования (в том числе повысить тарифную ставку); предоставить дополнительные данные или пройти медицинское обследование,
- обязуюсь обо всех изменениях, связанных с моим здоровьем и деятельностью, которые могут существенно повлиять на условия страхования, сообщить в САО «РЕСО-Гарантия» в 14-дневный срок с момента получения информации об этих изменениях.
- Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку Страховым Акционерным Обществом «РЕСО-Гарантия» (далее – Страховщик) моих персональных данных в целях заключения Договора добровольного медицинского страхования, осуществления добровольного медицинского страхования (реализации договора Добровольного медицинского страхования), в т.ч. в целях проверки качества оказания медицинских услуг и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, сбора статистической информации и ее анализа, а также в целях исполнения требований действующего законодательства Российской Федерации. Страховщик может осуществлять обработку моих персональных данных в течение действия Договора страхования, а так же в течение 25 (двадцати пяти) лет после прекращения его действия.

Мои персональные данные, в том числе специальные персональные данные, как данные Застрахованного лица включают: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату рождения, паспортные данные или данные другого документа, удостоверяющего личность, адрес проживания/прописки/регистрации, телефоны, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения в медицинские учреждения.

Предоставляю Страховщику право осуществлять все действия с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать мои персональные данные посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных Страховщика, а также осуществлять трансграничную передачу персональных данных для достижения вышеуказанных целей.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать мои персональные данные, в том числе специальные персональные данные, в медицинские, аптечные и другие учреждения, с которыми у Страховщика имеются договорные отношения, направленные на оказание мне медицинской (фармакологической и иной) помощи в рамках страховой программы, и получать от этих учреждений данные обо мне. При этом я согласен с тем, что работники данных учреждений освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в отношении моих персональных данных. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано в момент подписания Договора и действует бессрочно. Я знаю, что имею право в любой момент отозвать своё согласие посредством направления Страховщику соответствующего письменного уведомления, которое должно быть направлено в его адрес заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю Страховщика. Я знаю и согласен с тем, что Страховщик вправе рассматривать указанное уведомление как мое волеизъявление о расторжении Договора в отношении меня, в связи с чем я буду снят со страхования по Договору не позднее 3 дней с момента получения указанного уведомления.

Страхователь принимает на себя ответственность за полноту и правдивость сведений, изложенных о Застрахованном выше.

Страхователю известно, что данное Заявление является юридической основой Договора страхования, и что в пределах данного Договора он несет полную ответственность за точность сведений, содержащихся в Заявлении.

Страхователю известно, что на основании ответов на вопросы данной анкеты о лице, принимаемом на страхование, Страховщик имеет право отказать в заключении договора добровольного медицинского страхования или ввести повышающий коэффициент.

1	Состоите ли на учете в диспансерах? Если «да», укажите профиль диспансера и причину постановки на учет:
2	Была ли Вам когда-либо присвоена группа инвалидности? Если «да», укажите: Причина инвалидности Группа инвалидности
3	Был ли госпитализирован за последние 2 года? Если «да», укажите: Год Диагноз Проведенное лечение в стационаре

4 Вам приходилось вызывать бригаду скорой помощи за последние 2 года? Если «да», укажите:

Год Причина вызова

5 Отмечаются ли у Вас в настоящее время или отмечались когда-либо следующие заболевания:

Если «да», укажите:

Бронхиальная астма

Ишемическая болезнь сердца (стенокардия, инфаркт)

Нарушения сердечного ритма

Инсульт

Эпилептический синдром

Онкологические (раковые) заболевания:

Сахарный диабет

Служебная информация: (заполняется представителем страховщика)

Представитель страховщика/агент:

Код агента

Тел.

Код агентства

Агентство

Подпись агента _____