

**Декларация о здоровье (для восстановления действия договора страхования)**

*Страхователь, Застрахованный обязаны сообщить в Декларации о здоровье все известные ему сведения, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая. Если после восстановления договора страхования будет установлено, что Страхователь, Застрахованный сообщил АО «Компания по страхованию жизни «Азия Life» заведомо ложные сведения в Декларации о здоровье, АО «Компания по страхованию жизни «Азия Life» вправе потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных законодательными актами Республики Казахстан.*

Полис № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. застрахованного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер тел: дом.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

раб \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ моб. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Занимаемая должность (точное описание служебных обязанностей) и место работы в настоящее время \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вопросы, указанные ниже, относятся к состоянию здоровья Застрахованного.

*Просим дать информацию об изменениях в состоянии здоровья Застрахованного, произошедших с момента заключения вышеуказанного договора страхования.*

Если Вы (Застрахованный) ответили «Да» на какой-либо вопрос, предоставьте, пожалуйста, подробности об изменении состояния здоровья, включая медицинские диагнозы, лечение, результат лечения, имя и адрес врача, даты обследований и лечения, результаты обследования:

1. Было ли какое-либо изменение в состоянии Вашего здоровья?

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

1. Изменялся ли Ваш вес более чем на 3 кг за последний год?

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

1. Были какие-либо у Вас заболевания, травмы, операции, физические нарушения?

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

1. Предлагали ли Вам пройти лечение или Вы лечились в больнице (стационаре), проходили оперативное лечение?

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

1. Консультировал ли Вас врач по какой-либо причине, включая профилактические обследования и анализы крови?

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

**Я, Застрахованный, подтверждаю, что мои ответы на вышеуказанные вопросы являются полными и достоверными.**

**Я, Застрахованный, согласен в дальнейшем, что сведения, указанные в настоящей Декларации, будут являться неотъемлемой частью договора, и если какое-либо сведение будет заведомо ложным, АО «Компания по страхованию жизни «Азия Life» имеет право отказать в осуществлении страховой выплаты как Страхователю, так и Выгодоприобретателю.**

**Я, Страхователь, согласен в дальнейшем, что сведения, указанные в настоящей Декларации, будут являться неотъемлемой частью договора, и если какое-либо сведение будет заведомо ложным, АО «Компания по страхованию жизни «Азия Life» имеет право отказать в осуществлении страховой выплаты как Страхователю, так и Выгодоприобретателю.**

**Я (Страхователь, Застрахованный) согласен со сбором и обработкой АО «Компания по страхованию жизни «Азия Life» моих персональных данных на электронном, бумажном и /или материальном носителе**

Дата: «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Подпись Застрахованного: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись Страхователя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_