

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ВЗРОСЛОГО И / ИЛИ РЕБЕНКА

Сведения, указанные в этом разделе, являются существенными для заключения Договора страхования. Сообщение заведомо ложных сведений может повлиять на принятие решение о страховой выплате и может стать основанием для признания Договора страхования недействительным.

Настоящим предоставляются следующие данные о Застрахованному (-ых) лице (-ах):

Застрахованный взрослый:

рост, см.	вес, кг.	индекс массы тела	артериальное давление, мм рт. ст.	
			верхнее	нижнее

Застрахованный ребенок:

рост, см.	вес, кг.	индекс массы тела	артериальное давление, мм рт. ст.	
			верхнее	нижнее

Ответьте, пожалуйста, «Да» или «Нет» на следующие вопросы. Если хотя бы в одном ответе будет отмечено поле «Да», то необходимо заполнить Приложение к настоящему Заявлению.		Застрахованный	
		взрослый	ребенок
5.1.	Обращались ли Вы/Застрахованный ребенок (далее - Ребенок) за медицинской помощью и/или были ли у Вас/Ребенка диагностированы следующие заболевания: сердечно-сосудистые заболевания (инсульт, инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца, стенокардия, артериальная гипертензия/гипертония, порок сердца, кардиосклероз), онкологические заболевания (в том числе лейкомия, лимфома), сахарный диабет, рассеянный склероз, гепатит В или С, ВИЧ инфекция или СПИД, колит, заболевания почек, заболевания головного мозга, доброкачественная опухоль головного мозга, злокачественные опухоли, артрит, ревматизм, паралич, эпилепсия, какие-либо нарушения со стороны психической или нервной систем?	Нет	Нет
5.2.	Наблюдались ли у Вас/Ребенка когда-либо следующие симптомы/состояния: боль в груди; повышение артериального давления чаще 2 (двух) раз в месяц до 140/90 мм рт. ст. или выше, либо постоянное повышенное давление-от 140/90 мм рт. ст. на протяжении не менее одной недели в течение последнего года; неоднократное или постоянное повышение уровня холестерина в 1,5 (полтора) раза выше нормы или более, необъяснимая потеря массы тела на 5 (пять) кг и более, периодически повторяющаяся или постоянная лихорадка, потеря сознания чаще 2 (двух) раз в год или продолжительностью более 30 (тридцати) секунд, необъяснимое онемение и/или боль в мышцах, изменения на коже (появление опухолей, резкое увеличение или изменение цвета родинки), появление кровоточивости, зуд жжения в области измененной кожи?	Нет	Нет
5.3.	Проводилось ли Вам/Ребенку в течение последних 3 (трех) лет или планируется в ближайшем будущем какое-либо хирургическое вмешательство (кроме случаев, указанных в Примечаниях «а», «б»)?	Нет	Нет
5.4.	Было ли Вам/Ребенку рекомендовано и/или планируется ли в ближайшем будущем проведение таких исследований как ЭКГ, магнитно-резонансная томография, эндоскопическое исследование (колоноскопия, фиброгастродуоденоскопия, бронхоскопия), кроме случаев, указанных в Примечании «б» ?	Нет	Нет
5.5.	Обращались ли Вы/Ребенок в течение последних 12 (двенадцати) месяцев за консультацией к доктору по какой-либо причине и/или находились ли на госпитализации (кроме случаев, указанных в Примечаниях «а», «б», «в», «г»)?	Нет	Нет
5.6.	Принимаете ли Вы/Ребенок регулярно какие-либо медицинские препараты в течение последних 2 (двух) лет (кроме случаев, указанных в Примечании «г»)?	Нет	Нет

5.7.	Устанавливалась ли Вам/Ребенку когда-либо группа инвалидности (1, 2 или 3, категория «ребенок-инвалид») или есть ли у Вас/Ребенка действующее направление на медико-социальную экспертизу (МСЭ) либо рекомендация врача о прохождении МСЭ?	Нет	Нет
5.8.	Вопрос для лиц в возрасте 18 полных лет и старше (в случае если Ребенок моложе 18 лет, указать в ответе по Ребенку «нет»): Находились ли Вы/Ребенок на протяжении последних 2 (двух) лет на больничном более, чем 14 (четырнадцать) дней подряд и/или есть ли у Вас/Ребенка какие-либо ограничения трудоспособности, связанные с состоянием здоровья, требующие сокращенного рабочего дня/частичной трудовой занятости?	Нет	Нет
5.9.	Состоите ли Вы/Ребенок на учете в наркологическом, психоневрологическом, противотуберкулезном, кожно-венерологическом диспансере (кроме случаев, указанных в Примечании «в»)?	Нет	Нет
5.10.	Являетесь ли Вы/Ребенок Застрахованным лицом в ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (прежнее наименование - ООО СК «Сбербанк страхование»): - по действующему договору (полису) страхования жизни и/или от несчастных случаев и болезней; - согласно заявлению на страхование жизни и/или от несчастных случаев и болезней, оформленному в течение последних 3 (трех) месяцев и находящемуся в процессе рассмотрения/оформления договора (кроме данного заявления)?	Нет	Нет
5.11.	Связана ли Ваша профессиональная деятельность с профессиональной/непрофессиональной авиацией (полеты на самолетах в качестве пилота/ члена экипажа), работой со взрывчатыми/радиоактивными веществами, с огнем, на высоте свыше 1,5 м, в водной акватории или под водой, под землей, или есть ли у Вас/Ребенка увлечения, которые можно рассматривать как опасные (альпинизм, автоспорт или мотоспорт, бокс, прыжки с парашютом (более 5 прыжков в год) или иные воздушные виды спорта, дайвинг (более 5 погружений в год)?	Нет	Нет
5.12.	Отметьте, пожалуйста, «да», если 2 (два) или более Ваших родственников/родственников Ребенка (родители, родные братья или сестры) умерли или страдали в возрасте моложе, чем 60 (шестьдесят) лет, от следующих заболеваний: рак, сахарный диабет, инсульт, заболевания сердца (за исключением гипертонии/артериальной гипертензии), туберкулез, психические заболевания.	Нет	Нет

Примечание:

а)	операции при остром аппендиците, косметологические манипуляции, стоматологические операции, экстракорпоральное оплодотворение, иссечение геморроя, удаление вросшего ногтя, удаление миндалин, прерывание беременности, операции по поводу расширения вен, удаление бородавки;
б)	операции при остром аппендиците, косметологические манипуляции, стоматологические операции, экстракорпоральное оплодотворение, иссечение геморроя, удаление вросшего ногтя, удаление миндалин, прерывание беременности, операции по поводу расширения вен, удаление бородавки; в связи с плановой диспансеризацией, check-up, гриппом и ОРВИ, синуситом, гайморитом, растяжением связок, тонзиллитом, отитом, ангиной;
в)	в связи с легкой или средней формой псориаза;
г)	прием контрацептивов, витаминных препаратов, БАДов.