

АНКЕТА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ КОМПЛЕКСНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ИНОСТРАНЦЕВ

Номер договора

Номер карты клиента

Страхователь

Фамилия, имя / Название компании (лицо, действующее от имени компании)

Дата рождения / Ид. №

Застрахованный

Фамилия, имя

Дата рождения

Законный представитель застрахованного лица

Фамилия, имя

Дата рождения

Согласие страхователя/застрахованного лица (его законного представителя)

В соответствии с положениями § 2828 Закона № 89/2012 Св.зак., Гражданского кодекса, в действующей редакции, настоящим я даю страховщику согласие на получение информации о моем здоровье или здоровье представляемого мной лица, на установление и обследование моего здоровья или здоровья представляемого мной лица или причины моей смерти или причины смерти представляемого мной лица у лечащих врачей и в медицинских учреждениях, если для этого имеются основания, связанные с определением размера страхового риска, определением размера страхового взноса или расследованием страхового случая. У меня есть предварительное согласие застрахованного лица (его законного представителя) на предоставление такого согласия в отношении данных о его здоровье.

В соответствии с положениями § 2788 Закона № 89/2012 Св.зак., Гражданского кодекса, в действующей редакции, застрахованное лицо обязано отвечать на вопросы страховщика правдиво и полно.

Вопросы о застрахованном лице

1. Проходите ли вы в настоящее время лечение* или страдаете от какого-либо заболевания, или проходили ли вы в прошлом лечение по поводу хронического или другого серьезного заболевания (например, высокое кровяное давление, диабет, опухолевые заболевания, заболевание внутренних органов и т.д.)? ДА НЕТ
2. Принимаете ли вы регулярно или применяете назначенные врачом лекарственные препараты (за исключением гормональных контрацептивов и БАД)? Если вы ответили «ДА», напишите, пожалуйста, какие лекарства вы принимаете и как часто. ДА НЕТ
3. Были ли у вас диагностированы врожденные пороки? Если вы ответили «ДА», укажите, пожалуйста, какие. ДА НЕТ
4. Лечитесь ли вы в настоящее время* или лечились в прошлом от туберкулеза, СПИДа, болезней, передающихся половым путем, или других инфекционных заболеваний (или были в контакте с ними)? Если вы ответили «ДА», укажите, пожалуйста, какие это заболевания. ДА НЕТ
5. Проходите ли вы лечение* или лечились ли Вы в прошлом от алкогольной зависимости или зависимости от веществ вызывающие привыкание? ДА НЕТ
6. Страдаете ли вы психическими заболеваниями? Если вы ответили «ДА», укажите, пожалуйста, диагноз. ДА НЕТ
7. Были ли у вас в прошлом травмы, которые оставили необратимые последствия? Если вы ответили «ДА», укажите, пожалуйста, какие необратимые последствия у Вас имеются. ДА НЕТ

*Под лечением понимается комплекс мероприятий, осуществляемых с целью:

- a) повлиять на течение существующего заболевания; или
- b) отслеживания и предупреждения возможного рецидива заболевания, ранее диагностированного у застрахованного лица. В частности, сюда относятся фармакологические (назначение и введение лекарств), хирургические, психотерапевтические или физиотерапевтические мероприятия, диспансеризация (активное наблюдение за состоянием здоровья) врачом-специалистом, регулярные обследования с целью определения состояния диагностированного заболевания и т.д.

Заявление страхователя/застрахованного лица (его законного представителя)

Я заявляю, что правдиво и полностью ответил на все письменные вопросы страховщика в данной анкете и осознаю, что мои ответы на эти вопросы имеют значение для принятия страховщиком решения о том, можно ли заключить договор страхования и на каких условиях. Страховщик, который не является застрахованным лицом, заявляет, что он располагает всей информацией о здоровье застрахованного лица от застрахованного лица (его законного представителя) для того, чтобы правдиво и полно заполнить анкету о состоянии здоровья (если таковая имеется).

Я заявляю, что:

- a) я был перед подписанием настоящего документа ознакомлен с Информацией об обработке персональных данных;
- b) мне было после получения информации об обработке персональных данных предоставлено достаточно времени для ознакомления с информацией об обработке персональных данных и для ответов на любые возникающие у меня вопросы;
- c) я принимаю во внимание и понимаю информацию страховщика о том, что информация об обработке персональных данных есть и будет доступна каждому участнику страхования на сайте страховщика в сети Интернет по адресу www.maximapojistovna.cz/cs/ochrana-osobnich-udaju, или в пункте продаж страховщика.»

Дата

podpis pojištěného/ zákonného zástupce