



Сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица (Медицинская анкета)

Фамилия, имя, отчество _____
Дата рождения _____
Паспорт _____ выдан _____
серия и номер кем, когда
Страна постоянного местожительства _____
Место работы, должность _____
Учебное заведение, курс _____
Адрес проживания (прописки) _____ тел. _____
Пол М ☐ Ж ☐ Возраст _____ лет
Поликлиника (медицинский центр), в котором Вы наблюдаетесь _____
1. Лекарственные препараты, принимаемые Вами регулярно _____
2. Оперативные вмешательства за последние 10 лет: ДА ☐ НЕТ ☐
Если «ДА», то операция по поводу _____
в _____ году
3. Наличие следующих заболеваний, зарегистрированных ранее:
Гепатит НЕТ ☐ ДА ☐ в _____ году; СПИД НЕТ ☐ ДА ☐
венерические заболевания НЕТ ☐ ДА ☐ в _____ году; ВИЧ-носитель НЕТ ☐ ДА ☐
дизентерия НЕТ ☐ ДА ☐ в _____ году; ВИЧ-инфицированный НЕТ ☐ ДА ☐
туберкулез НЕТ ☐ ДА ☐ в _____ году; Носитель вируса гепатита С, Д НЕТ ☐ ДА ☐
черепно-мозговая травма НЕТ ☐ ДА ☐ в _____ году; Носитель австралийского
переломы костей НЕТ ☐ ДА ☐ в _____ году; антигена НЕТ ☐ ДА ☐
травмы внутренних органов НЕТ ☐ ДА ☐ в _____ году; Проф. заболевание НЕТ ☐ ДА ☐
4. Страдаете ли Вы хроническими болезнями? ДА ☐ НЕТ ☐
Если «ДА», то каким _____
с _____ года, частота обострений в году: 1 раз ☐ 2 и более ☐
5. Состоите на диспансерном учете с _____ года, по поводу _____
последнее обострение в _____ году
6. Наличие группы инвалидности: ДА ☐ НЕТ ☐
Если «ДА», то какая (1, 2, 3) _____ по поводу _____
с _____ года
пожизненно ☐, с ежегодным переосвидетельствованием ☐
Если группа инвалидности была ранее, то по поводу _____
снята в _____ году
7. Заболевания за последние три года (отметить имеющиеся):
простудные заболевания, ангины НЕТ ☐ ДА ☐ _____ раз
пневмонии, бронхиты, плевриты, хр. бронхиты НЕТ ☐ ДА ☐ _____ раз
заболевание бронхиальной астмы НЕТ ☐ ДА ☐ _____ раз
гипертоническая и гипотоническая болезнь НЕТ ☐ ДА ☐ _____ раз
аллергические реакции (местная, общая) НЕТ ☐ ДА ☐ _____ раз
язвенная болезнь, колиты НЕТ ☐ ДА ☐ _____ раз
ишемическая болезнь сердца (стенокардия, инфаркт прединфарктное состояние) НЕТ ☐ ДА ☐
острые и преходящие нарушения мозгового кровообращения (инсульт) НЕТ ☐ ДА ☐

гинекологические кровотечения	НЕТ ☐	ДА ☐	_____ раз
ревматизм, пороки сердца, недостаточность кровообращения	НЕТ ☐	ДА ☐	
хроническая почечная и печеночная недостаточность	НЕТ ☐	ДА ☐	
болезни крови, в т.ч. наследственные	НЕТ ☐	ДА ☐	
болезни половой сферы	НЕТ ☐	ДА ☐	
опухоли (доброкачественные и злокачественные)	НЕТ ☐	ДА ☐	
эпизоды потери сознания, судорог	НЕТ ☐	ДА ☐	
заболевания глаз, расстройство зрения	НЕТ ☐	ДА ☐	
заболевания уха, горла, носа, расстройство слуха	НЕТ ☐	ДА ☐	
сахарный диабет	НЕТ ☐	ДА ☐	

8. Наличие заболеваний, указанных в пункте 7 у родителей, братьев, сестер: ДА ☐ НЕТ ☐
Если «ДА», то какие _____

9. Наблюдаетесь в диспансерах:

психоневрологическом	НЕТ ☐	ДА ☐	с _____ года
наркологическом	НЕТ ☐	ДА ☐	с _____ года
кожно-венерологическом	НЕТ ☐	ДА ☐	с _____ года
противотуберкулезном	НЕТ ☐	ДА ☐	с _____ года
онкологическом	НЕТ ☐	ДА ☐	с _____ года
эндокринологическом	НЕТ ☐	ДА ☐	с _____ года
кардиологическом	НЕТ ☐	ДА ☐	с _____ года

10. Сколько раз в году Вы обращаетесь за медицинской помощью:

А) по поводу острого заболевания:
1 раз в год ☐, 2 раза и более в год ☐, 1 раз в месяц ☐

Б) по поводу обострения хронического заболевания:
1 раз в год ☐, 2 раза и более в год ☐, 1 раз в месяц ☐

В) по поводу простудного заболевания:
1 раз в год ☐, 2 раза и более в год ☐, 1 раз в месяц ☐

11. Имели ли вы временную утрату трудоспособности за прошедший год _____ раз, в т.ч. по поводу респираторной вирусной инфекции _____ раз, со сроком лечения _____ дней

12. Стационарное лечение за последние 5 лет ДА ☐ НЕТ ☐

Если «ДА», то в _____ году по поводу _____
в учреждении здравоохранения _____

13. Курите ДА ☐ НЕТ ☐

Если «ДА», то в день до 20 сигарет ☐ свыше 20 сигарет ☐

14. Находились на территории, подвергшейся радиоактивному загрязнению: ДА ☐ НЕТ ☐

Если «ДА», то в _____ районе,
период пребывания с _____ по _____

Я заверяю, что, насколько я знаю, все вышеуказанные представленные мною данные являются верными. Я информирован и полностью согласен с тем, что в случае представления мной выше заведомо ложной информации о состоянии моего здоровья, Страховщик имеет право признать договор страхования недействительным.

Разрешаю Страховщику запрашивать и получать информацию о состоянии моего здоровья из учреждений здравоохранения, в которых я обслуживался или обслуживаюсь.

Перед тем, как подписать этот документ, ещё раз убедитесь, что Вы внимательно прочитали вопросы и достоверно ответили на них.

Страхователь _____ «____» _____ 20__ г.
подпись

Представитель Страховщика _____ (_____)
подпись фамилия, инициалы

«____» _____ 20__ г.