

Health Declaration Заявление о состоянии моего здоровья

To be filled in by the person to be insured – please mark the right answer with a cross ☒

Формуляр должен быть заполнен застрахованным лицом – просьба отметить правильный ответ крестиком ☒

		No Нет	Yes Да	If yes, please state details В случае положительного ответа дать подробные сведения
	Policy No. Номер полиса:			
	Name of person insured:			
1a	Is your health currently affected by any injury or illness? Страдаете ли Вы в настоящее время от расстройства здоровья (травма, заболевание, недуг)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
1b	Is your ability to work currently affected in any way? Ограничена ли Ваша трудоспособность?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2	Do you have a family doctor? If yes, please state his/her name and address. Есть ли у Вас домашний врач? Если да, то просьба указать имя и адрес.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3	Please state your body measurements: Параметры Вашего тела:			Height: cm, Weight: kg Рост: см, Вес: кг
4	Do you currently consume, or have you ever been consuming drugs, or do you regularly take medication? Употребляете или употребляли ли Вы наркотические средства? Принимаете ли Вы регулярно лекарство?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5	Have you received medical treatment, medical advice or any medical observation within the last 5 years, or have you been treated by a psychologist, chiropractor etc. – concerning insufficient functioning or diseases of the heart, lung, kidneys, gallbladder, or have you ever been treated for any mental disease, diabetes, hypertension, cancer, disability? Находились ли Вы в течение последних 5 лет на лечении или под наблюдением врача или лечились ли Вы у психиатра, хиропрактика и т.п. (напр. из-за заболеваний сердца, легких, желудка, почек, желчного пузыря, нервных болезней, заболевания сахарным диабетом или раком, повышенного кровяного давления или инвалидности)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6	Have you ever been unfit for work for longer than 4 weeks due to illness? Были ли Вы когда-нибудь нетрудоспособными в течение более чем 4 недель в связи с заболеванием?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7	Have you ever had any surgery or received radioactive materials or radiotherapy? Подвергались ли Вы когда-нибудь операции или лечению с применением радиоактивных веществ или лучевой терапии?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8	Have you had any HIV-test? Проходили ли Вы проверку на СПИД?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
9	Are you exposed to special hazards at work, like radiation, poisonous substances, explosives, or any other danger? Подвергаетесь ли Вы на Вашем рабочем месте особой опасности, напр. воздействию облучения, ядов, взрывчатых веществ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

10	Do you carry out a dangerous profession, or do you expose yourself to exceptional hazards in your spare time, e.g. as a driver, racing driver, pilot, climber, paraglider etc.? Подвергаетесь ли Вы при выполнении Вашей профессии или в Ваше свободное время особой опасности, н.п. в качестве водителя, гонщика, пилота, лазуна, дельтапланериста?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
11	Do you hold any other life or accident insurance or have you applied for one? Имеете ли Вы другое страхование жизни или страхование от несчастных случаев или подавали ли Вы заявление на заключение таких страховых договоров?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

.....
Place, date/Место и дата

.....
Insured person's signature/Подпись застрахованного лица

Note:

You can use this form together with the general form for proposed changes in order to apply for a reactivation of the contract and an appreciation of the amount insured.

For a change of person insured (only Rate GEIP) together with the corresponding form . This form needs to be completed, signed by the person insured and submitted to MEDLIFE Insurance Ltd. together with a copy of the insured person's passport and the corresponding form (proposed changes/change of person insured–GEIP).

Данный формуляр заполняется вместе с общим формуляром «заявление на изменение» в случае подачи заявления на восстановление договора или на повышение страховой суммы. В случае подачи заявления на изменение застрахованного лица (исключительно по тарифу GEIP), данный формуляр заполняется вместе с соответствующим формуляром для изменения застрахованного лица. Данный формуляр должен быть заполнен и подписан застрахованным лицом и выслан вместе с копией паспорта застрахованного лица и соответствующим формуляром (заявлением на изменение/заявлением на изменение застрахованного лица-GEIP) обратно в MEDLIFE Insurance Ltd.