 

**Упрощенная Декларация**

**о состоянии здоровья Страхователя к АНКЕТЕ НА СТРАХОВАНИЕ**

**(может быть не подписана, если у Страхователя имеется заболевание из перечня)**

Сокрытие заболеваний влечет отказ в выплате при страховом случае.

Страхователь (Застрахованное лицо) подтверждает, что он:

1. **не находился в течение последних 5 лет на стационарном лечении** любой продолжительности или амбулаторном лечении продолжительностью более 14 дней, не получал рекомендации врача пройти обследование, лечь в больницу (стационар) или сделать операцию;

2. не имеет I-II-III группы инвалидности и не имеет направления на освидетельствование в бюро медико-социальной экспертизы;

3. не страдает и не страдал сердечно-сосудистыми заболеваниями (в том числе ишемической болезнью сердца, пороками сердца, сердечной недостаточностью, нарушением ритма сердца, артериальной гипертензией 2 степени и выше, атеросклерозом), не переносил инфаркта миокарда, инсульта, нарушений мозгового кровообращения, не имеет установленного стента, водителя ритма, протеза клапана сердца)

4. не страдает и не страдал болезнями органов дыхания (в том числе хронической дыхательной недостаточностью, астмой, туберкулезом, хроническим бронхитом, хроническими заболеваниями дыхательной системы),

5. не страдает и не страдал психическими или неврологическими расстройствами (в том числе эпилепсией, обмороками, параличами, рассеянным склерозом и др.), не употребляет и не употреблял наркотики или токсические вещества, не страдает и не страдал алкоголизмом, не состоит и не состоял по любой из указанных причин на диспансерном учете или под наблюдением врача-специалиста;

6. не страдает и не страдал заболеваниями пищеварительной системы (в том числе, язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки, колитом, гепатитом, циррозом печени, панкреатитом и др.), ожирением,

7. не страдает и не страдал заболеваниями почек или мочеполовой системы (в том числе, мочекаменной болезнью, хроническим пиелонефритом, гломерулонефритом, почечной недостаточностью и др.),

8. не страдает и не страдал заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани (в том числе остеохондрозом позвоночника, межпозвоночной грыжей, артритом, артрозом, спондилезом, системной красной волчанкой, склеродермией), не имеет привычных вывихов, не имеет установленного протеза, имплантата (за исключением стоматологических), металлоконструкций, не переносил травмы головного и спинного мозга;

9. не имеет нарушений зрения или слуха (в том числе, миопии (близорукости), гиперметропии (дальнозоркости), глаукомы, катаракты, макулодистрофии, кератоконуса, хронического отита, тугоухости);

10. не имеет и не имел доброкачественные или злокачественные новообразования/опухоли, включая злокачественные заболевания крови, лимфоидной и родственных им тканей, не страдает анемией, за исключением железодефицитной анемии легкой степени, гемофилией, и другими заболеваниями крови;

11. не имеет установленного диагноза СПИД, выявленной ВИЧ-инфекции, положительных результатов на наличие вирусов гепатитов В, С или D;

12. не страдает и не страдал заболеваниями эндокринной системы (в том числе сахарным диабетом, гипотиреозом, тиреотоксикозом, аденомой гипофиза и надпочечников и др.);

13. не занимается профессиональным спортом или любительским спортом с целью достижения спортивных результатов, включая участия в соревнованиях, за исключением интеллектуальных видов спорта (шахматы, шашки, го, рензю и т.п.); не занимается опасными видами спорта: внедорожный автоспорт, авто-мотогонки, конный спорт, хоккей, регби, яхтинг, тяжелая атлетика, дайвинг (погружения глубже 25 метров), парашютный спорт, дельтапланеризм, альпинизм, спелеология, экстремальные виды велоспорта, контактные боевые искусства;

14. прошел обязательный медицинский осмотр (Врачебно-экспертную комиссию) в срок не свыше 10 месяцев до даты устного заявления о страховании (указать дату) и был допущен к работе в установленном порядке на срок не менее 1 года, не имеет направления на внеочередную Врачебно-экспертную комиссию, и не был допущен к работе в индивидуальном порядке.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Дата: «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_г.