

**МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА**

1. ФИО \_\_\_\_\_

2. Пол \_\_\_\_\_ Год рождения \_\_\_\_\_

3. Результаты посещения врача в течение последнего года

Дата	Лечебное учреждение	Специальность врача	Заключение

4. Страдаете ли Вы хроническими заболеваниями, если «Да», укажите названия и продолжительность заболеваний:

---

---

---

5. Находились ли Вы на лечении в больнице за последние 5 лет, если «Да», укажите:

Дата	Лечебное учреждение	Диагноз	Название операции

6. Если Вы отрицательно ответили на вопросы 3-5, укажите дату Вашего последнего обращения к врачу \_\_\_\_\_ (год, месяц) и заключение врача \_\_\_\_\_

---

---

При необходимости эксперт ОАО «АльфаСтрахование» вправе потребовать предоставления медицинских документов из лечебного учреждения, в котором Вы наблюдались, либо предложить провести предстраховое обследование.

Я, (ФИО) \_\_\_\_\_, информирован и согласен с тем что, в случае предоставления мною неверных данных о состоянии моего здоровья, ОАО «АльфаСтрахование» вправе расторгнуть Договор страхования.

Я настоящим заявлением разрешаю любому врачу медицинских учреждений имеющих информацию о состоянии моего здоровья предоставлять ее ОАО «АльфаСтрахование»

Я разрешаю ОАО «АльфаСтрахование» использовать эту информацию только для решения вопросов связанных с Договором страхования граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства.

Дата: « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2017 г.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Подпись / ФИО