

## Health Declaration

### Заявление о состоянии здоровья Застрахованного лица

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 ☒**

Policy No. Номер полиса: .....		No Нет	Yes Да	If yes, please state details В случае положительного ответа дать подробные сведения
Name of person insured: .....				
Ф.И.О. застрахованного лица: .....				
1a	Is your health currently affected by any injury or illness? <b>Страдаете ли Вы в настоящее время от расстройства здоровья (травма, заболевание, недуг)?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
1b	Is your ability to work currently affected in any way? <b>Ограничена ли Ваша трудоспособность?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2	Do you have a family doctor? If yes, please state his/her name and address. <b>Есть ли у Вас домашний врач? Если да, то просьба указать имя и адрес.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3	Please state your body measurements: <b>Параметры Вашего тела:</b>			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? <b>Употребляете ли употребляли ли Вы наркотические средства? Принимаете ли Вы регулярно лекарство?</b>	<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? <b>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)?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6	Have you ever been unfit for work for longer than 4 weeks due to illness? <b>Были ли Вы когда-нибудь нетрудоспособными в течение более чем 4 недель в связи с заболеванием?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7	Have you ever had any surgery or received radioactive materials or radiotherapy? <b>Подвергались ли Вы когда-нибудь операции или лечению с применением радиоактивных веществ или лучевой терапии?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8	Have you had any HIV-test? <b>Проходили ли Вы проверку на СПИД?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
9	Are you exposed to special hazards at work, like radiation, poisonous substances, explosives, or any other danger? <b>Подвергаетесь ли Вы на Вашем рабочем месте особой опасности, напр. воздействию облучения, ядов, взрывчатых веществ?</b>	<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.? <b>Подвергаетесь ли Вы при выполнении Вашей профессии или в Ваше свободное время особой опасности, н.п. в качестве водителя, гонщика, пилота, лазуна, дельтапланериста?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
11	Do you hold any other life or accident insurance or have you applied for one? <b>Имеете ли Вы другое страхование жизни или страхование от несчастных случаев или подавали ли Вы заявление на заключение таких страховых договоров?</b>	<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.

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. 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.