

# Международное медицинское страхование

## Бланк заявления для корпоративных клиентов

Заявление для корпоративных клиентов на полис международного медицинского страхования по программе «Platinum Corporate» можно скачать с нашей Интернет страницы: [www.intermc.ru](http://www.intermc.ru)

### ПОЖАЛУЙСТА, ЗАПОЛНИТЕ ЗАЯВЛЕНИЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

Для добавления родственника используйте уже имеющийся номер медицинского страхования: \_\_\_\_\_

Следующие термины, используемые далее всегда имеют следующие значения:

Страна национальной принадлежности: Страна, действующим паспортом которой Вы (или Ваши родственники, если заявление заполняется на них) владеете и/или в которую Вы, в случае медицинской необходимости, будете репатрированы.

Страна проживания: Страна, в которой Вы (или Ваши родственники, если заявление заполняется на них) будете преимущественно пребывать во время действия страхования.

### 1 Данные заявителя (страхователя)

Пожалуйста, укажите данные всех лиц, подлежащих страхованию в рамках страхового договора, включая основного страхователя и его родственников. Родственниками считаются супруг/супруга или партнёр по гражданскому браку, а также все дети, финансово зависящие от основного страхователя, до достижения ими 18-летия или до достижения 24-летия, в случае, если они являются студентами с графиком обучения на полный день. Если ребёнку более 18 лет, мы должны получить подтверждение его студенческого статуса от академического учреждения или копию его студенческого удостоверения. Для страхования рассматриваются заявители не достигшие 70-ти лет.

#### Основной страхователь

Для исправного доставления всей корреспонденции, пожалуйста, информируйте нас о каждом изменении Ваших контактных данных.

Господин <input type="checkbox"/> Госпожа <input type="checkbox"/>	Титул _____	Имя _____
Дальнейшие инициалы _____	Фамилия _____	
Дата рождения _____	Пол: мужской <input type="checkbox"/> женский <input type="checkbox"/>	
Страна национальной принадлежности _____		
Гражданство _____		
Страна проживания _____		
Адрес в стране проживания (обязательно) _____		
Телефон (домашний) _____	КОД СТРАНЫ _____ КОД ГОРОДА _____	
Телефон (рабочий) _____	КОД СТРАНЫ _____ КОД ГОРОДА _____	
Телефон (мобильный) _____	КОД СТРАНЫ _____ КОД СЕТИ _____	
E-Mail адрес (обязательно) _____		
Профессия (обязательно) (если студент, пожалуйста, укажите): _____		
На каком языке оформлять Ваши документы по страхованию?		
<input type="checkbox"/> Немецкий <input type="checkbox"/> Английский <input type="checkbox"/> Французский <input type="checkbox"/> Испанский <input type="checkbox"/> Итальянский <input type="checkbox"/> Португальский <input type="checkbox"/>		

Продолжение на следующей странице

**Контактное лицо в случае происшествия со страхователем**

Имя и фамилия

Адрес

Телефон (домашний)  КОД СТРАНЫ  —  КОД ГОРОДА  —

Телефон (мобильный)  КОД СТРАНЫ  —  КОД СЕТИ  —

E-Mail адрес (обязательно)

Пожалуйста, отметьте здесь, если вышеназванное лицо также является названным вами бенефициаром в случае смерти в результате несчастного случая (только для основного тарифа Platinum Corporate)

В ином случае, назовите другого бенефициара, указав его полное имя и фамилию и кем это лицо приходится Вам (например, супруг, супруга, сын, дочь, отец, мать и т.д.),

**Детали уже имеющегося национального и международного медицинского страхования**

Название страховой компании

Номер страхования  Дата начала  Д | Д  М | М  Г | Г

**Родственник 1**

Господин  Госпожа  Титул  Имя

Дальнейшие инициалы  Фамилия

Дата рождения  Д | Д  М | М  Г | Г  Пол: мужской  женский

Отношение к основному страхователю: супруг / супруга / партнёр по гражданскому браку  ребёнок

Профессия (обязательно) (если студент, пожалуйста, укажите)

Страна национальной принадлежности

Страна проживания

Гражданство

**Детали уже имеющегося национального и международного медицинского страхования**

Название страховой компании

Номер страхования  Дата начала  Д | Д  М | М  Г | Г

**Родственник 2**

Господин  Госпожа  Титул  Имя

Дальнейшие инициалы  Фамилия

Дата рождения  Д | Д  М | М  Г | Г  Пол: мужской  женский

Отношение к основному страхователю: супруг / супруга / партнёр по гражданскому браку  ребёнок

Профессия (обязательно) (если студент, пожалуйста, укажите)

Страна национальной принадлежности

Страна проживания

Гражданство

**Детали уже имеющегося национального и международного медицинского страхования**

Название страховой компании

Номер страхования  Дата начала  Д | Д  М | М  Г | Г

### Родственник 3

Господин  Госпожа  Титул  Имя   
Дальнейшие инициалы  Фамилия   
Дата рождения    Пол: мужской  женский   
Отношение к основному страхователю: супруг / супруга / партнёр по гражданскому браку  ребёнок   
Профессия (обязательно) (если студент, пожалуйста, укажите)   
Страна национальной принадлежности   
Страна проживания   
Гражданство   
**Детали уже имеющегося национального и международного медицинского страхования**  
Название страховой компании   
Номер страхования  Дата начала

### Родственник 4

Господин  Госпожа  Титул  Имя   
Дальнейшие инициалы  Фамилия   
Дата рождения    Пол: мужской  женский   
Отношение к основному страхователю: супруг / супруга / партнёр по гражданскому браку  ребёнок   
Профессия (обязательно) (если студент, пожалуйста, укажите)   
Страна национальной принадлежности   
Страна проживания   
Гражданство   
**Детали уже имеющегося национального и международного медицинского страхования**  
Название страховой компании   
Номер страхования  Дата начала

*В случае, если не хватает места для данных всех родственников, пожалуйста, используйте дополнительный формуляр.*

## 2 Начало действия страхования

Пожалуйста, укажите дату, когда должна начаться Ваша страховая защита:

Страховая защита является действительной только после принятия заявления страховой компанией.  
Заявление принимается посредством выдачи страхового полиса.

### 3 Оплата взносов

(Этот раздел не заполняется если Вы подаёте заявление в рамках трудового договора и Ваш работодатель берёт на себя оплату Ваших страховых взносов.)

Пожалуйста, оплачивайте Ваши взносы только после того, как получите от нас страховой номер.

#### 4.1 Валюта

Пожалуйста, отметьте символом  желаемую валюту оплаты:

Евро  Фунты Стерлингов  Швейцарские Франки  Доллары США

#### 4.2 Метод и периодичность оплаты

Пожалуйста, отметьте символом  желаемый метод и периодичность оплаты:

	Ежегодно	Каждые полгода	Ежеквартально	Ежемесячно
Кредитная карта	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Чек	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Не принимается
Банковский перевод	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Не принимается

#### 4.3 Информация по оплате с помощью кредитной карты

Пожалуйста, заполните кредитно-карточную информацию на последней странице данного формуляра. Когда эта информация будет сохранена у нас в системе, этот раздел будет отделён от остального формуляра и уничтожен по соображениям безопасности.

**Надбавки в случае оплаты в рассрочку (рассрочка платежей действует только в рамках корпоративной программы Platinum Corporate) и другие примечания:**

Надбавки к платежам: **0%** к ежегодным платежам, **3%** к полугодовым платежам, **4%** к ежеквартальным платежам и **5%** к ежемесячным платежам

- Взносы отображены в целых числах (без центов) Поэтому процентное выражение надбавок может быть незначительно выше или ниже указанных здесь.
- При оплате чеком, оплата взноса производится на имя "Allianz Worldwide Care". Пожалуйста, напишите на обратной стороне чека Ваш страховой номер и имя страхователя
- При оплате посредством банковского перевода, укажите Ваш страховой номер и имя страхователя.
- При оплате с помощью чеков или банковского перевода, следите пожалуйста за тем, чтобы взносы производились пунктуально. В противном случае могут возникнуть задержки при обработке Ваших требований.
- Allianz Worldwide Care не несёт ответственности за платежи, по которым невозможно однозначно определить страхового.
- В случае необходимости оплаты страхового или других налогов, они будут отображены в Вашем счёте/письме с данными оплаты.

### 4 Перенесенные ранее и/или имеющиеся на данный момент заболевания

Заболевания или физические недуги, симптомы которых проявились в течении последних 5 лет до заключения страхового договора с Allianz Worldwide Care, независимо от того, находились ли вы в связи с этим на медицинском лечении или получали врачебную консультацию. Данные заболевания, а также связанные с ними заболевания, т.е. те заболевания, в случаях которых, можно исходить из того, что вы или ваши родственники должны были о них знать, также подлежат страховой защите по данному договору, за исключением случаев, когда нами было письменно подтверждено иное. Заболевания, проявившиеся между заполнением данного формуляра и подтверждением нашего отдела по определению степени риска не подлежат страховой защите по данному договору, если о них не было сообщено заранее. По этой причине необходимо, чтобы Вы сообщали нам о каждом изменении указанных Вами здесь данных в период времени между подачей заявления и его приёмом в Allianz Worldwide Care. В случае запроса с нашей стороны, вы обязаны предоставить нам дальнейшие необходимые сведения. Полностью и верно заполненный бланк заявления, а также указание всей важной информации является необходимым условием для предоставления страховой защиты.

### 5 Информация о здоровье

Пожалуйста ответьте на следующие вопросы на основании всей вашей медицинской истории. Все существенные факты (факты, влияющие на принятие заявления страховщиком) должны быть указаны. Неверное или неполное указание данных может привести к признанию договора недействительным. Если Вы сомневаетесь, является ли факт существенным, Вы должны его указать.

	Основной страхователь	Родственник 1	Родственник 2	Родственник 3	Родственник 4
1. Пожалуйста, укажите Ваш рост и вес	см. <input type="text"/> кг. <input type="text"/>	см. <input type="text"/> кг. <input type="text"/>	см. <input type="text"/> кг. <input type="text"/>	см. <input type="text"/> кг. <input type="text"/>	см. <input type="text"/> кг. <input type="text"/>
2. Употребляли ли вы в последние 12 месяцев табачные изделия? Если да, укажите, пожалуйста, дневной рацион:	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
3. Сколько единиц алкоголя вы употребляете в неделю? (1 рюмка водки = 1 единица, 250 мл пива = 1 единица, 1 бокал вина = 1 единица. Если вы не употребляете алкоголь, укажите "нет")	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Страдали ли вы когда-либо такими заболеваниями, или находились в стационаре, проходили лечение или обследование в связи с такими заболеваниями, как:					
(a) Ревматизм, подагра, артрит, паралич, заболевания мышц или суставов, или любые другие жалобы в области шеи или спины?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
(b) Эпилепсия или другие неврологические нарушения, как мигрень, рассеянный склероз, невралгия?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>

	Основной страхователь	Родственник 1	Родственник 2	Родственник 3	Родственник 4
(с) Проблемы с пищеварительным трактом, пищеводом, желудком, печенью, кишечником?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
(d) Состояния страха, депрессии, хронический синдром истощения, психологические, психиатрические или другие душевные заболевания?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
(е) Репродуктивные, гинекологические, половые проблемы?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
(f) Нарушения работы почек, мочевого- или желчного пузыря, поджелудочной железы, включая диабет?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
(g) Различного рода опухоли, узлы, кисты, родимые пятна или рак?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
(h) Заболевания глаз, ушей, щитовидной железы или заболевания кожи (угри, экземы, кожные воспаления)? Если вы носите очки или контактные линзы, укажите: - Жалобы - Значения диоптрий на каждый глаз	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(i) Различные заболевания сердца, сердечные шумы, боли в груди, апоплексические удары, кровотечения, болезни крови, повышенное давление, повышенное содержание холестерина?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
(j) Астма, хронический бронхит или другие заболевания дыхательных путей (например: ринит, воспаление придаточной полости носа или аллергии)?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
(k) Злоупотребление алкоголем или наркотиками ?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
(l) Другие не названные заболевания или травмы, требующие медицинского внимания (за исключением насморка и гриппа)?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
5. Подвержены ли Вы в данный момент заболеваниям, не указанным выше, было ли Вам рекомендовано получить медицинскую консультацию, или пройти лечение, Вас направляли на тестирование в связи с несчастным случаем или травмой, или есть ли необходимость прохождения лечения, тестов, обследований?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
6. Принимаете Вы в данный момент регулярно медикаменты (в том числе по рецепту)?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
7. Имеете ли Вы позитивный тест на ВИЧ, Гепатит В или С, или Вы ожидаете результаты такого теста? <i>В случае отрицательного результата теста на ВИЧ, факт прохождения теста не оказывает влияния на условия принятия страховой защиты</i>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
8. Находились ли вы на стационарном лечении в клинике в связи с травмой или болезнью, требующей лечения, или были дольше 14 дней неспособны?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
9. Беременны ли Вы? Если да, укажите, пожалуйста, предполагаемый срок родов:	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
	<u>дд / мм / гг</u>	<u>дд / мм / гг</u>	<u>дд / мм / гг</u>	<u>дд / мм / гг</u>	<u>дд / мм / гг</u>
10. Ваши родители, братья/сёстры (живущие или умершие) до 65 лет имели ли диабет, заболевания сердца, повышенное давление, повышенное содержание холестерина, рак, болезни почек, полипы кишечника, неврологические нарушения моторной функции или наследственные болезни такие, как: Альцгеймера, Паркинсона? Если да, пожалуйста, укажите: - кто болел - диагноз - жалобы	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Были ли у Вас за последние 5 лет обследования или мероприятия по профилактике раковых заболеваний?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>

## Дополнительная информация по вопросам, на которые вы ответили утвердительно

В случае ответа «да» на один из вопросов 4, 5, 6, 7, 8, 10 или 11, укажите, пожалуйста, всю относящуюся к данному случаю информацию в ниже приведённой таблице. **Пожалуйста, укажите, наступило ли полное выздоровление или появились ли болезни, связанные с первоначальным заболеванием.**

По возможности приложите медицинские заключения и/или результаты обследований.

Имя Фамилия	Номер вопроса	Диагноз	Дата первого проявления	Частота и тяжесть проявления симптомов	Дата последнего проявления	Результаты обследований	Прошлые/ нынешние процессы лечения или выздоровления

*В случае нехватки места, используйте, пожалуйста, дополнительные бланки заявления*

## Дополнительная информация (продолжение)

Укажите, пожалуйста, Имя, адрес и номер телефона Вашего домашнего врача:

Господин  Госпожа  Титул  Имя

Фамилия

Адрес

Номер телефона  КОД СТРАНЫ —  КОД ГОРОДА —

Дата последнего посещения Вашего домашнего врача:  Д  Д  М  М  Г  Г

Когда Вы стали пациентом указанного врача:  Д  Д  М  М  Г  Г

## 6 Закон о защите данных - сбор и использование личных данных

Информация или сведения, о которых пойдет речь в дальнейшем, содержат личные данные и информацию, переданную нам в заявочном формуляре, компенсационных формулярах и/или в других сопроводительных документах, а также любые другие сведения, которые мы собираем в связи с нашими продуктами или услугами. Allianz Worldwide Care, член группы Allianz, является компанией страхования частных лиц, официально зарегистрированной в Ирландии и местом обработки всей вышеназванной информации.

**Использование информации:** Сведения, которые мы получаем от Вас, могут быть использованы в административных целях, для предоставления международной страховой защиты (медицинская оценка степени риска, обработка заявлений, перестраховка и предотвращение мошенничества).

**Конфиденциальные данные:** Мы собираем Ваши конфиденциальные данные (как, например медицинские данные или данные о состоянии здоровья) для установления условий страхования и для обработки страховых случаев.

**Хранение данных:** Мы храним Ваши данные не дольше, чем требуется и только по необходимости.

**Согласие:** Предоставляя нам информацию, Вы даёте своё согласие на использование, обработку, передачу третьим лицам и сохранение нами Ваших сведений, как было описано выше.

**Заявление:** Своей подписью Вы подтверждаете свои полномочия на предоставление нам личных данных Ваших родственников от их имени и передачу их личных данных для вышеупомянутых целей. Вы также выражаете от их имени согласие на использование, обработку, передачу третьим лицам и сохранение их личной информации. Во всех случаях, когда речь идёт о "Вас" или "Ваших" подразумевается Вы сами и Ваши родственники.

**Доступ:** Согласно закону о защите данных от 1988 и 2003 гг., Вы имеете право затребовать копию всех личных данных, содержащихся у нас. Если Вы хотите использовать это право, то пошлите письменный запрос на имя "Data Protection Officer", Allianz Worldwide Care, 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland или на электронную почту: [client.services@allianzworldwidecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidecare.com). Согласно закону о защите данных взимается плата в размере 6,35 €. Чеки выписывать на Allianz Worldwide Care.

## 7 Волеизъявление

Пожалуйста прочтите внимательно следующие пояснения и подпишите в том случае, если эти пункты Вам понятны и Вы с ними согласны:

- (a) Я подтверждаю, что указанные в этом формуляре данные являются полными и достоверными, включая всю информацию, которая была внесена не мною лично. Я не упустил никаких существенных фактов, не предоставил неверную или фальсифицированную информацию. Я признаю это заявление как основу для договора между мной и Allianz Worldwide Care. Мне известно, что настоящий договор является недействительным в том случае, если я указал неверные, ошибочные или вводящие в заблуждение данные или сознательно умолчал или скрыл существенные медицинские данные.
- (b) Я обязуюсь незамедлительно информировать Allianz Worldwide Care в письменном виде в случае, если в промежуток времени между заполнением договора и началом действия страхового полиса состояние моего здоровья или моих родственников изменится.
- (c) Мне известно, что этот бланк заявления действителен два месяца после того, как он был полностью заполнен и подписан.
- (d) Я понимаю, что я могу отозвать письменно(письмом, электронным письмом или факсом) моё заявление в течении 30 дней от даты получения полных условий страхования в рамках договора. В этом случае я имею право на полное возмещение страхового взноса, при условии, что за это время не было притязаний на исполнение договора.
- (e) Я обязуюсь после получения страхового полиса проверить содержание относительно правильности указанной информации. В случае отличия содержания страхового полиса от содержания этого заявления, считается действительным договор с содержанием страхового полиса, если я это не опротестую в течении 30 дней после даты выписки страхового полиса.
- (f) Мне известно, что Allianz Worldwide Care при необходимости может проверять данные о моём состоянии здоровья и по другим пациентам также сведения о ранее существовавших договорах страхования или заявления на таковые для оценки рисков по моему заявлению на заключение договора. Для этих целей освобождаю от запрета о неразглашении врачей, стоматологов, других медицинских специалистов, а также сотрудников клиник, больниц, медицинских организаций и отделов здравоохранения, которые меня перед подачей заявления обследовали, лечили или консультировали, и уполномачиваю их предоставлять требуемую информацию для Allianz Worldwide Care. Это подтверждение я передаю также застрахованным со мной родственникам, включая лиц, представляемых мною, которые не могут самостоятельно оценить значение этого подтверждения.
- (g) Страховой договор отвечает общим условиям страхования (содержится в справочнике по индивидуальному страхованию), которые вступают в силу с момента заключения страхового договора. Настоящим я подтверждаю, что я понимаю все определения, оказываемые услуги, исключения и условия этого страхового договора, включая детали относительно прежних заболеваний.

Как основной страхователь я подписываю это волеизъявление и этот бланк заявления от имени всех указанных в этом бланке заявления лиц:

Подпись основного страхователя \_\_\_\_\_  
Фамилия и Имя основного страхователя \_\_\_\_\_  
Дата                                          /       /      

## 8 Назначение представителя

Я, основной страхователь, наделяю \_\_\_\_\_ ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ \_\_\_\_\_ полномочиями действовать в рамках данного полиса от имени всех вышеуказанных лиц. Данные действия могут заключать в себе передачу конфиденциальной медицинской информации. Данная авторизация действительна до того момента, когда я её письменно аннулирую в Allianz Worldwide Care.

Подпись основного страхователя \_\_\_\_\_  
Фамилия и Имя основного страхователя \_\_\_\_\_  
Дата                                          /       /      

**Заполняется в страховой компании:**  
Имя, фамилия и печать представителя.



