

Медична декларація

1. Я, підписуючи цю Медичну декларацію (далі – Декларація) та Договір, підтверджую та гарантую, що Застрахована особа:

1.1. не наражається на небезпеку під час виконання своїх професійних обов'язків, включаючи роботу з канцерогенними / токсичними речовинами або радіацією, ядерним випромінюванням;

1.2. не вживає алкоголь більш ніж 7500 мл пива та / або 2500 мл вина і / або 500 мл міцних напоїв (≥ 40 градусів) в тиждень;

1.3. не викурює щодня більше 20 сигарет, включаючи сигари, електронні сигарети, нікотинову жувальну гумку / пластирі, трубковий / скручений тютюн або інші замінники нікотину.

1.4. не піддавалася хірургічному втручанню та госпіталізації (стаціонарному лікуванню) протягом останніх 12 місяців (крім: апендектомії, стоматологічних операцій, хірургічного лікування геморою, тонзилектомії, переривання вагітності, операції на венах);

1.5. не страждає в даний час / не страждала та/або не було діагностовано протягом останніх 10 років:

1.5.1. онкологічні захворювання, в тому числі, але не обмежуючись злоякісними новоутвореннями шкіри, доброякісними або злоякісними новоутвореннями щитоподібної залози (в тому числі вузли), доброякісними або злоякісними новоутвореннями мозку, полікістозом нирок, карциномою та меланомою *in situ*, раком крові / лейкомією;

1.5.2. передракові стани, включаючи, але не обмежуючись дисплазією шийки матки (CIN I–III), стравоходом Барретта, поліпами товстої або прямої кишки, хворобою Боуена, лейкоплакією, аденомою передміхурової залози з високим ризиком малігнізації, атрофічним гастритом та/або виразкою шлунку, асоційованими з *Helicobacter pylori*, фіброзно-кістозною хворобою молочної залози з проліферативними змінами або атипією (мастопатія);

1.6. не проходила обстеження та діагностику, за результатами яких у неї було діагностовано вірус папіломи людини високоонкогенного ризику (тип 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 и 68), вірус Епштейна-Барра;

1.7. не страждає на захворювання крові та імунної системи, включаючи: анемію, проблеми зі згортанням крові, порушення імунної системи; виразковий коліт та хворобу Крона;

1.8. не піддавалася хірургічному втручанню та госпіталізації для трансплантації кісткового мозку;

1.9. не хворіє на СНІД та інші захворювання, пов'язані з вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ);

1.10. не перебуває на обліку в наркологічних, туберкульозних, психоневрологічних, шкірно-венерологічних диспансерах, центрах профілактики та боротьби зі СНІД;

1.11. не є онкологічно хворою.

2. Мені не відомо про будь-які результати онкологічних або інших аналізів та досліджень або медичних онкологічних висновків (аномальний тест PAP або CIN тощо), які вимагають подальшого обстеження (або лікування) Застрахованої особи.

УВАГА! Якщо в даний час Застрахована особа проходить обстеження з приводу симптомів, які можуть бути проявом якого-небудь з вищевказаних захворювань або станів, або очікує результатів діагностики, будь ласка, візьміть до уваги, що вам слід дочекатися отримання результатів, перед тим, як підписувати дану Декларацію та Поліс.

3. Підписанням цієї Декларації та Полісу я підтверджую та гарантую, що вся інформація, надана в цій Декларації, є правдивою, достовірною та вичерпною, і я розумію, що надання неповної та неправдивої інформації є підставою для припинення дії Договору та / або відмови у здійсненні страхової виплати.

4. Якщо Застрахована особа не є Страхувальником або не входить до переліку осіб, за яких Страхувальник має право підписати Декларацію згідно з п. 6 Декларації, **та твердження Декларації про стан здоров'я Застрахованої особи, підписаної Страхувальником, не відповідають дійсності (є хибними) щодо стану здоров'я Застрахованої особи, то Застрахована особа зобов'язана повідомити про це Страховика протягом 30 календарних днів з дня укладення цього Договору.**

За наявності обставин, що унеможливають укладення цього Договору (твердження Декларації про стан здоров'я Застрахованої особи, підписаної Страхувальником, не відповідають дійсності (є хибними) щодо її стану здоров'я), **Договір страхування вважається таким, що не набув чинності, та у Страховика не виникає будь-яких зобов'язань за таким Договором.** За письмовою заявою Страхувальника Страховик повертає йому сплачені страхові платежі у повному розмірі.

5. У випадку виявлення Страховиком невідповідності особистих даних та даних Застрахованої особи, зазначених в Полісі та Декларації, реальним даним, незалежно від того, здійснено це навмисно або з необережності, або не знаючи про це, **Договір страхування вважається таким, що достроково припинив свою дію з моменту виявлення таких обставин на підставі п. 16.2.3.2.2. Умов. У Страховика не виникає будь-яких зобов'язань щодо здійснення страхової виплати за будь-якими подіями з ознаками страхового випадку, що можуть бути заявлені Застрахованою особою / її представником.**