redefining / insurance

**SMARTCARE EXECUTIVE INDIVIDUAL HEALTH AND ACCIDENT APPLICATION FORM**

ЗАЯВКА НА ПРИСОЕДИНЕНИЕ К ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ «SMARTCARE EXECUTIVE» (ИНДИВИДУАЛЬНАЯ)

**Insured Person# 1: Particulars of The Insured Person / Персональные данные лица № 1**

**1.** Applicant’s Name/ Имя и фамилия лица подающего заявку: ...............................................................................................................

Date of Birth/ Дата рождения …………..…….………… Age (Years)/ Возраст (Лет) …………………. Months/Месяцев ………………..

Passport No/ Номер паспорта ……………………………. Height (m.)/Рост (м) ………………………. Weight (kg.)/Вес(кг) ………………

Marital Status (Please advise) / Семейное положение ………………………………………………………………………………………………….

Address ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 Home/Домашний …………………………. Mobile/Мобильный ………………………….. E-MAIL …………………………………...

Occupation(Position)/Род занятий(Должность)…………………………………Job Responsibility(Должностные обязанности)…………………

Company Name/ Наименование организации …………………………………Type of business/ Вид деятельности …………………………….

Company Address/Адрес организации …………………………………………………………………………………………………………………….

 Office / Рабочий телефон …………………………………………………… FAX …………………………………………………………...

Beneficiary Name/ Имя бенефициара …………………………………………………………………………………………………………………….

Relationship to the applicant / Кем бенефициар приходится лицу, подающему заявку …………………………………………………………..

Please advise your Smoking and Drinking habits?/ Пожалуйста, укажите, курите ли вы или употребляете спиртные напитки.

Smoking/Курение No/Нет Yes/Да ……….cigarettes/day, starting from age/ сигарет в день, начиная с возраста ……лет.

Drinking/Спиртные напитки No/Нет Yes/Да ………bottles/day, starting from age/ бутылок в день, начиная с возраста ………..лет.

**Insured Person# 2 : Particulars of Spouse to be insured / Персональные данные лица №2: Супруг/супруга**

**2.** **Spouse’s Name/ Фамилия и имя супруга/супруги:** ……………………………………………………………………………………………….

Date of Birth/ Дата рождения …………..…….………… Age (Years)/ Возраст (Лет) …………………. Months/Месяцев ………………..

Passport No/ Номер паспорта ……………………………. Height (m.)/Рост (м) ………………………. Weight (kg.)/Вес(кг) ………………

Occupation(Position)/Род занятий(Должность)…………………………………Job Responsibility(Должностные обязанности)…………………

Company Name/ Наименование организации …………………………………Type of business/ Вид деятельности …………………………….

Company Address/Адрес организации …………………………………………………………………………………………………………………….

 Office / Рабочий телефон …………………………………………………… FAX …………………………………………………………...

Beneficiary Name/ Имя бенефициара …………………………………………………………………………………………………………………….

Relationship to the applicant / Кем бенефициар приходится лицу, подающему заявку …………………………………………………………..

Please advise your Smoking and Drinking habits?/ Пожалуйста, укажите, курите ли вы или употребляете спиртные напитки.

Smoking/Курение No/Нет Yes/Да ……….cigarettes/day, starting from age/ сигарет в день, начиная с возраста ……лет.

Drinking/Спиртные напитки No/Нет Yes/Да ………bottles/day, starting from age/ бутылок в день, начиная с возраста ………..лет.

**Insured Person # 3 - 5 : Particulars of Child/ Children to be insured/ Персональные данные лица № 3-5: Ребенок/ Дети**

**3.Child’s Name / Фамилия и имя ребенка: ……………………………………………………………………………………………………………**

Date of Birth/ Дата рождения …………..…….………… Age (Years)/ Возраст (Лет) …………………. Months/Месяцев ………………..

Passport No/ Номер паспорта ……………………………. Height (m.)/Рост (м) ………………………. Weight (kg.)/Вес(кг) ………………

Beneficiary Name/ Имя бенефициара …………………………………………………………………………………………………………………….

Relationship to the applicant / Кем бенефициар приходится лицу, подающему заявку …………………………………………………………..

**4.Child’s Name / Фамилия и имя ребенка: ……………………………………………………………………………………………………………**

Date of Birth/ Дата рождения …………..…….………… Age (Years)/ Возраст (Лет) …………………. Months/Месяцев ………………..

Passport No/ Номер паспорта ……………………………. Height (m.)/Рост (м) ………………………. Weight (kg.)/Вес(кг) ………………

Beneficiary Name/ Имя бенефициара …………………………………………………………………………………………………………………….

Relationship to the applicant / Кем бенефициар приходится лицу, подающему заявку …………………………………………………………..

**5.Child’s Name / Фамилия и имя ребенка: ……………………………………………………………………………………………………………**

Date of Birth/ Дата рождения …………..…….………… Age (Years)/ Возраст (Лет) …………………. Months/Месяцев ………………..

Passport No/ Номер паспорта ……………………………. Height (m.)/Рост (м) ………………………. Weight (kg.)/Вес(кг) ………………

Beneficiary Name/ Имя бенефициара …………………………………………………………………………………………………………………….

Relationship to the applicant / Кем бенефициар приходится лицу, подающему заявку …………………………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| QUESTIONS FOR ALL APPLICANTS PROPSED FOR INSURANCE (Please tick the appropriate box)Вопросы ко всем лицам, указанным в заявке (Пожалуйста, поставьте галочку в соответсвующей клетке) | YESДА | NOНЕТ |
| 1. Does any one of the applicants proposed for insurance have heath, life or accident insurance with other insurers?1. Подавал ли кто либо из лиц, указанных в заявке документы на страхование здоровья, жизни или от несчастного случая в другой страховой компании? |  |  |
| 2. Has any one of the applicants proposed for insurance ever been declined or accepted on special term for heath, life or accident plan?2. Были ли случаи отказа любому из лиц, указаных в заявке, в страховании здоровья, жизни или от несчастного случая, равно как и согласие застраховать на особых условиях, со стороны других страховых комапний? |  |  |
| 3. Has any one of the applicants proposed for insurance hereunder ever undergone a surgical procedure of investigative nature or hospitalized or had a major accident in the last 5 years?3. Происходили ли с кем-либо из лиц, указанных в заявке, случаи хирургического вмешательства, госпитализациии или серьезные несчастные случаи в течение последних 5 лет? |  |  |
| 4. Has any one of the applicants proposed for insurance ever been advised to have a surgical operation or investigative procedure which has not been performed?4. Получал ли кто-либо из лиц, указанных в заявке рекомендации врача о необходимости дополнительного обследования или хирургического вмешательства? |  |  |
| 5. Has any one of the applicants proposed for insurance had special treatment with X-Ray, Ultrasound, CT Scan, MRI Scan, Biopsy, Electrocardiogram?5. Получал ли кто-либо из лиц, уазанных в заявке, рекомендации врача о необходимости проведения таких методов исследования, как: рентгенография, УЗИ, КТ, МРТ, биопсия, ЭКГ? |  |  |

Remark: If your answer is “YES” please provide details ; e.g., Insurer Name, reason of decline or details of special terms, nature of surgical procedure, etc.

Если Вы ответили «ДА» хотя бы на один вопрос, дайте, пожалуйста, дополнительную информацию, в том числе, Имя лица , причину отказа в страховании или подробности особых условий страхования, вид хирургического вмешательства и.т.д.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **INPATIENT HOSPITALISATION & SURGERY CARE ( IPD )**

**CHOICE OF PLAN / ВЫБОР СТРАХОВОГО ПЛАНА**

**SmartCare Executive Plan 1 Plan 2 Plan 3 Plan 4 Plan 5**

 **SmartCare Executive Plus Plan 1 Plan 2 Plan 3 Plan 4 Plan 5**

1. **OUTPATIENT CARE ( OPD ) 800.- 1,000.- 1,500.- 2,000.-**

HEALTH DECLARATION OF ALL APPLICANTS PROPOSED FOR INSURANCE / ДЕКЛАРАЦИЯ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ВСЕХ ЛИЦ, УКАЗАННЫХ В ЗАЯВКЕ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Please tick the appropriate box and fill in the informationПожалуйста, поставьте галочку в нужном месте и, при необходимости, укажите информацию. | YESДА | NOНЕТ | Name of ApplicantФАМИЛИЯ И ИМЯ | Date of OnsetДата начала болезни | Date of RecoveryДата выздоровления |
| 1. Any respiratory disorders, lung troble, asthma, allergy?Есть ли у вас респираторные, легочные заболевания, астма или аллергия? |  |  |  |  |  |
| 2. Any heart, myocardial or cardiovascular disease?Есть ли у вас сердечно сосудистые заболевания? |  |  |  |  |  |
| 3. Any skeletal - muscular system disorders, joint disorders, rheumatism, arthritis, gout or back trouble?Есть ли у вас заболевания опорно-двигательного аппарата, болезни суставов, ревматизм, артрит, подагра или болезни спины? |  |  |  |  |  |
| 4. Any digestive disorders?Есть ли у вас расстройства пищеварения? |  |  |  |  |  |
| 5. Any enlarged glands or any form of cancer, tumor, non- malignant tumor or mass or cyst?Есть ли у вас увеличенные железы, кисты, или любая форма злокачественной или доброкачественной опухоли? |  |  |  |  |  |
| 6. Any eye, ear, nose or throat disorders and abnormalities? Есть ли у вас расстройства или отклонения зрения, уха, горла и носа? |  |  |  |  |  |
| 7. Any liver and gall bladder disorder i.e. hepatitis cholecystitis, gallstones?Есть ли у вас расстройства печени или желчного пузыря? |  |  |  |  |  |
| 8. Any reproductive disorders and sexually transmitted diseases? Есть ли у вас расстройства половой сферы или заболевания, передающиеся половым путем? |  |  |  |  |  |
| 9. Any urinary system disorders?Есть ли у вас расстройства мочевой системы? |  |  |  |  |  |
| 10.Any circulatory and blood disorders?Есть ли у вас расстройства крови или кровообращения? |  |  |  |  |  |
| 11.Any thyroid gland disorders i.e. hypothyroid, thyrotoxicosis?Есть ли у вас расстройства щитовидной железы, напримергипотериоз или тиреотоксикоз ? |  |  |  |  |  |
| 12.Any brain, nervous system disorders and Cerebrovascular disease?Есть ли у вас расстройства мозговой деятельности, нервной системы или цереброваскулярные заболевания? |  |  |  |  |  |
| 13.Are you currently suffering or ever been following disease? Blind, Autistic, Epilepsy, Diabetes, Tuberculosis, S.L.E, Thalassemia, .Dwarfism, Renal or Heart problem.Есть ли у вас в настоящее время одно из перечисленных ниже заболеваний: Слепота, Аутизм, Эпилепсия, Туберкулез, Красная волчанка, Талассемия, Карликовость, почечные или сердечные проблемы. |  |  |  |  |  |
| 14.Except item 13, are you suffering or injuries?Есть ли у вас заболевания или травмы, помимо перечисленных в пункте 13? |  |  |  |  |  |
| 15.Are you currently taking any medication or undergoing any treatment regularly?Принимаете ли вы в настоящее время какие-то медикаменты или медицинские процедуры. |  |  |  |  |  |

**Remark: If your answer is “YES”, please give details of the treatment received, name of medical practitioner and the hospitals or clinics providing the medical treatment hereunder:**

**Если Вы ответили «ДА», пожалуйста укажите детали получаемого лечения, имя докотора и название лечебного учреждения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**We declare that the above answers are full, complete and true and agree that they shall form part of my/our application which shall be the basis of the contract of insurance. We also agree that in case of any claims we authorize any hospital, physician or other person who has attended to us, or examined us or is authorized to maintain medical records, to disclose when requested to do so by AXA Insurance PCL, any and all information with respect to any illness or injury, medical history or treatment. A photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.**

**Мы подтверждаем, что все вышеприведенные ответы являются полными, исчерпывающими и правдивыми и согласны, что они составят часть моей(нашей) заявки, которая будет является основой договора страхования. Мы так же даем право в случае наступления страхового случая любму госпиталю, врачу, обслуживающему лицу или лицу обследующему нас или лицу, уполномоченному вести медицинские отчеты , разглашать по требованию АХА Insurance PCL любую информацию касающуюся любого нашего заболевания или повреждения, истории болезни или лечения. Фотокопия настоящей доверенности имеет такую же юридическую силу, как и оригинал.**

**We understand that this insurance will not commence until the company has approved our application.**

**Мы понимаем, что настоящая страховка не вступит в силу до момента одобрения страховой компанией данной заявки.**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Signature of Applicant/ Подпись заявителя Application Date /Дата подачи заявки**

**for and on behalf of all persons (spouse &children) to be insured/ за и от имени всех членов семьи (супруга(суприги и(или) детей)**

**WARNING: Office of Insurance Commission (QIC)**

**The applicant shall disclose all the known facts. Any nondisclosure shall make the policy issued hereunder voidable. The company has the right to void the contract and refuse claims according the Civil Commercial Code Section 865**

**ВНИМАНИЕ: Комиссия по страхованию (QIC)**

**Заявитель должен раскрыть всю известную ему информацию. Любое сокрытие информации может привести к недействительности выписанного полиса.**

**Компания имеет право признать договор страхования недействительным и отказать в страховой выплате в соответствии со статьей 865 Гражданского Коммерческого Кодекса.**