

АНКЕТА К ЗАЯВЛЕНИЮ НА СТРАХОВАНИЕ

(заполняется Страхователем при страховании от несчастных случаев и болезней и добровольном медицинском страховании)

1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О СТРАХОВАТЕЛЕ		
1.1. Фамилия Имя Отчество		
1.2. Документ, удостоверяющий личность		
1.3. Моб. тел. /E-mail		
2. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ЗАСТРАХОВАННОМ		
2.1. Фамилия Имя Отчество		
2.2. Адрес постоянной регистрации		
2.3. Адрес фактического проживания		
2.4. Дата рождения		
1.4. Документ, удостоверяющий личность		
1.5. Гражданство		
1.6. Моб. тел. /E-mail		
3. СВЕДЕНИЯ О ЗАНЯТОСТИ ЗАСТРАХОВАННОГО		
3.1. Настоящее место работы	<input type="checkbox"/> собственное дело \ <input type="checkbox"/> работа по найму	
3.2. Наименование предприятия, организации		
3.3. Должность / род занятий		
4. СТРАХОВАНИЕ РИСКА СМЕРТИ И УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ВОПРОСЫ ОБЩЕГО ХАРАКТЕРА		
4.1. Имеются ли у Застрахованного действующие в настоящее время договоры страхования жизни или договоры страхования от несчастных случаев и болезней?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Если "Да", то указать наименование страховой компании и страховую сумму
4.2. Укажите наименование и адрес медицинского учреждения, в котором обслуживается Застрахованный (или обслуживался ранее)		
ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА		
4.3. Были ли когда-либо выявлены следующие заболевания или их симптомы или жалобы у Застрахованного, проходил ли он лечение и/или обследование (если "Да", то указать даты, диагноз, симптомы, жалобы и подробности)		
а) ВИЧ, СПИД	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Если "Да", то указать диагноз(ы) и год его установления
б) нервные заболевания, психические расстройства (эпилепсия, временная потеря сознания, паралич, состояние депрессии, бессонница и т.п.)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Если "Да", то указать диагноз(ы) и год его установления
в) любые заболевания сердца (ишемическая болезнь сердца, порок сердца, инфаркт миокарда, ревматизм, боли в области грудины, нарушения сердечного ритма и т.п.)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Если "Да", то указать диагноз(ы) и год его установления
г) любые заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, инсульт, сердечно-сосудистая недостаточность, нарушение кровообращения и т.п.)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Если "Да", то указать диагноз(ы) и год его установления. В случае гипертонической болезни указать степень
д) любые эндокринные заболевания (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, и т.п.)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Если "Да", то указать диагноз(ы) и год его установления
е) заболевания крови и кроветворных органов (анемия, увеличение лимфатических узлов и т.п.)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Если "Да", то указать диагноз(ы) и год его установления
ж) заболевания желудочно-кишечного тракта (печени, поджелудочной железы, желчного пузыря, желудка, кишечника, прямой кишки)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Если "Да", то указать диагноз(ы) и год его установления
з) заболевания почек или мочеполовой системы, органов малого таза	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Если "Да", то указать диагноз(ы) и год его установления
и) заболевания органов дыхания (астма, бронхит, пневмония, туберкулез и т.п.)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Если "Да", то указать диагноз(ы) и год его установления
к) заболевания опорно-двигательного аппарата (мышц, костей, суставов, позвоночника)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Если "Да", то указать диагноз(ы) и год его установления
л) иные заболевания, расстройства, состояния, не перечисленные выше	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Если "Да", то указать диагноз(ы) и год его установления
м) Были ли диагностированы у Застрахованного новообразования (злокачественные или доброкачественные)?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Если "Да", то указать диагноз(ы) и год его установления
4.4. Состоит ли Застрахованный на диспансерном учете?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Если "Да", то отметить Наркологический <input type="checkbox"/> Онкологический <input type="checkbox"/> Противотуберкулезный <input type="checkbox"/> Психоневрологический <input type="checkbox"/>
4.5. Проходил ли Застрахованный общую диспансеризацию за последний год?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Если "Да", то указать результаты
4.6. Устанавливалась ли ранее Застрахованному инвалидность?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Если "Да", то указать дату установления и группу
4.7. Установлена ли Застрахованному инвалидность в настоящий момент?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Если "Да", то указать дату установления и группу
5. НАЛИЧИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ РИСКОВ У ЗАСТРАХОВАННОГО		

5.1. Риски, связанные с занятиями спортом		
а) Является ли Застрахованный профессиональным спортсменом, либо участвует в спортивных соревнованиях?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Если "Да", то указать виды спорта
б) Допускает ли Застрахованный занятия спортом на любительском уровне в течение срока страхования?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Если "Да", то указать виды спорта
5.2. Повышенные профессиональные риски		
а) работа на высоте свыше 15 метров	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Если "Да", то указать детали
б) работа в море или под водой	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Если "Да", то указать детали
в) работа под землей (например, в шахтах)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Если "Да", то указать детали
г) работа в нефтяной и/или газовой промышленности	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Если "Да", то указать детали
д) работа с опасными химическими составами или взрывчатыми веществами	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Если "Да", то указать детали
е) работа в условиях повышенного излучения (радиоактивного, электромагнитного)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> да	Если "Да", то указать детали
ж) работа, связанная с охранной деятельностью (государственные силовые ведомства или ЧОПы)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Если "Да", то указать детали
з) пребывание (временное или постоянное) при исполнении служебных обязанностей в местах вооруженных конфликтов и военных действий, а также поддержание порядка в местах проведения массовых мероприятий	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Если "Да", то указать детали
<p>Подписывая настоящую Анкету, подтверждаю, что:</p> <ul style="list-style-type: none"> - все вышеуказанные сведения, внесенные мной или от моего имени в настоящей Анкете соответствуют действительности и будут являться неотъемлемой частью договора страхования. - все вопросы настоящей Анкеты мне понятны, мои ответы на указанные вопросы являются правдивыми и соответствуют имеющимся у меня сведениям; - мне известно, что дача мною ложных ответов на вышеуказанные вопросы ведет к признанию недействительным любого договора страхования, заключаемого ООО "СК "ТИТ" в отношении жизни и здоровья Застрахованного; - выражаю согласие на получение ООО "СК "ТИТ" информации о состоянии здоровья Застрахованного и на обработку персональных данных Застрахованного (прилагается); - обязуюсь предоставлять по запросу ООО "СК "ТИТ" дополнительную информацию в течение срока действия договора страхования; - Застрахованный не является в настоящее время инвалидом и документы на установление группы инвалидности не подавал; - Застрахованный не состоит на учете в наркологическом и/или психоневрологическом диспансере; - Застрахованный не страдает онкологическими заболеваниями, сердечно-сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом; - Застрахованный не осведомлен о том, что является носителем ВИЧ-инфекции, гепатита В.С; - Застрахованный не находился на стационарном лечении в течение последних двенадцати месяцев. 		

Дата: " _ " _____ 20__ г.

Страхование ФИО

Подпись