

Для служебных отметок

--

--

ЗАЯВЛЕНИЕ-АНКЕТА

заполняется лицом, подлежащим страхованию (далее – Застрахованное лицо)

Перечень вопросов, приведенный в Заявлении-анкете, не является исчерпывающим, при необходимости, Страховщиком может быть запрошена и другая информация (в том числе и в период действия договора страхования). Застрахованное лицо обязуется представлять такую информацию.

1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ЗАСТРАХОВАННОМ ЛИЦЕ		
1.1. Фамилия Имя Отчество (если таковое имеется)		
1.2. Дата рождения		
2. СВЕДЕНИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ РИСКА		
2.1. Сфера деятельности, место работы, профессия/должность, место учебы		
2.2. Условия работы (нужное подчеркнуть)	в офисе; в котельной; в горячих цехах (термическая обработка металла); на складе; на станках и механизмах; на прессах; на высоте; с дикими животными и др. представителями фауны; с ядовитыми, радиоактивными, взрывчатыми веществами и вредными газами; в подземных или подводных условиях; в морях, океанах, на реках и озерах. Другое _____ _____	
2.3. Вид работ (нужное подчеркнуть)	буровые и геологоразведочные работы; взрывные работы; горные и горно-капитальные работы; добыча и переработка полезных ископаемых на нефтяных, газовых промыслах и буровых скважинах; кузнечно-прессовые, термические, литейные работы; лесозаготовка, лесопилка, лесотранспортировка; механическая обработка дерева; нефтеперегонка и нефтеочистка; обработка металла; обслуживание аэропорта, железной дороги, метрополитена, порта; обслуживание электрооборудования; обслуживание, сервис, ремонт машин и механизмов; огневые работы; подсобные и вспомогательные работы; расплавка стекломассы; ремонт дорог; слесарные и слесарно-сборочные работы; спасательные работы; строительные, монтажные и ремонтно-строительные работы; Иные _____ _____	
2.4. Организация здравоохранения, в которой Вы наблюдаетесь:		
2.5. Рост, см.	Вес, кг.	Обычный уровень артериального давления (для детей не заполняется)
2.6. Являетесь ли Вы на дату заключения договора страхования недееспособным или ограниченным в дееспособности судом, ВИЧ-инфицированным, больным СПИДом или имеете ВИЧ-ассоциированное заболевание?		ДА НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.7. Состоите или состояли ли Вы на учете (наблюдении) в организациях здравоохранения по профилям заболеваний (состояний, синдромов): наркологического, психоневрологического, психиатрического?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.8. Имеете ли Вы заболевания (расстройства) нервной системы с плегиями; парезами любой степени выраженности; эпилепсию?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.9. Имеете или имели ли Вы психические заболевания (расстройства)?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.10. Являетесь ли Вы на дату заключения договора страхования инвалидом? При ответе «ДА» укажите группу инвалидности (для несовершеннолетних - степень утраты здоровья) и диагноз в п. 2.13		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

2.11. Имеете или имели ли Вы онкологические заболевания? При ответе «ДА» укажите диагноз онкологического заболевания в п. 2.13	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.12. Госпитализированы ли Вы на момент заполнения Заявления-анкеты?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.13. Дополнительная информация (в случае ответа «ДА» на вопросы в п. 2.10 и 2.11):	

Я, _____, информирован(а) и полностью согласен(а) с тем, что
фамилия, имя, отчество Застрахованного лица (его законного представителя)

в случае сообщения мною в Заявлении-анкете заведомо ложных сведений, Страховщик вправе отказать в заключении договора страхования либо потребовать признания заключенного договора страхования недействительным.

Разрешаю Страховщику запрашивать и получать информацию из любых организаций здравоохранения и государственных органов о состоянии *(выбрать нужное)*:

- моего здоровья;
- здоровья Застрахованного лица, законным представителем которого я являюсь.

<i>дата</i>	<i>подпись</i>	<i>фамилия, имя, отчество Застрахованного лица (его законного представителя)</i>

Подтверждаю, что Застрахованное лицо (его законный представитель) изложило в Заявлении-анкете достоверную информацию.

<i>дата</i>	<i>подпись</i>	<i>фамилия, имя, отчество Страхователя</i>