Приложение к Заявлению о заключении договора страхования
от ☐☐.☐☐.☐☐☐☐
№ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Для служебных отметок:

ЗАЯВЛЕНИЕ-АНКЕТА

Фамилия, Имя, Отчество (здесь и далее указываются сведения о застрахованном лице)

Дата рождения ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

Возраст на дату начала срока страхования, лет ☐ **Рост, см** ☐ **Вес, кг** ☐ **Обычный уровень артериального давления** *(для детей не заполняется)* /

Сфера деятельности, место работы, профессия/должность:

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.

иные:

Вид работ *(нужное подчеркнуть)*

буровые и геологоразведочные работы; взрывные работы; горные и горно-капитальные работы; добыча и переработка полезных ископаемых на нефтянных, 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:

Занимаетесь ли Вы спортом? **нет** ☐ **занимаюсь:** **профессионально** ☐ **как спортсмен-любитель** ☐

вид спорта:

Организация здравоохранения, в которой Вы наблюдаетесь:

	ДА	НЕТ
1. Наличие группы инвалидности (для детей - степени утраты здоровья). **Если «ДА»**, то какая (1,2,3,4) ☐ с переосвидетельствованием ☐ пожизненно ☐	☐	☐
Была ли ранее снята инвалидность? **Причину инвалидности, год установления (снятия) укажите в п.12.**	☐	☐
2. Состоите ли Вы на диспансерном учете (наблюдении): а) в организации здравоохранения, в которой наблюдаетесь?	☐	☐
б) в специализированных учреждениях здравоохранения, в том числе диспансерах:	☐	☐
психоневрологического профиля с ☐ года	☐	
психиатрического профиля с ☐ года	☐	
наркологического профиля с ☐ года	☐	
кожно-венерологического профиля с ☐ года	☐	
противотуберкулезного профиля с ☐ года	☐	
онкологического профиля с ☐ года	☐	
эндокринологического профиля с ☐ года	☐	
кардиологического профиля с ☐ года	☐	
При ответе «ДА» в пунктах «а» или «б» укажите причину, год и организацию здравоохранения в п. 12.		

	ДА	НЕТ
3. Страдаете ли Вы хроническими заболеваниями? **Если «ДА», то укажите диагноз заболевания, год его установления, частоту обострений (1 раз в год или 2 и более) в п.12.**	☐	☐
4. Сколько раз в году Вы обращаетесь за медицинской помощью: а) по поводу острого заболевания: 1 раз в год ☐ 2 раза и более в год ☐ 1 раз в месяц ☐ иное ☐ б) по поводу обострения хронического заболевания: 1 раз в год ☐ 2 раза и более в год ☐ 1 раз в месяц ☐ иное ☐ в) по поводу простудного заболевания: 1 раз в год ☐ 2 раза и более в год ☐ 1 раз в месяц ☐ иное ☐		
5. За прошедший год имела место временная утрата трудоспособности: ☐ раз ☐ дней	☐	☐

	ДА	НЕТ
6. Имеются ли у Вас какие-либо симптомы, признаки и отклонения от нормы без установления диагноза (например, одышка, кровотечения, головная боль и др.)? **Если «ДА», то укажите в п.12.**	☐	☐
7. Лекарственные препараты, принимаемые Вами регулярно:	☐	☐
8. Оперативные вмешательства за последние 10 лет: **Если «ДА», то укажите причину, год и организацию здравоохранения в п. 12.**	☐	☐
9. Стационарное лечение за последние 5 лет: **Если «ДА», то укажите причину, год и организацию здравоохранения в п. 12.** Госпитализированы на момент заполнения заявления-анкеты?	☐	☐
10. Наличие следующих заболеваний, выявленных ранее:		
гепатит А	☐	☐
носитель вируса гепатита В, С, Д	☐	☐
туберкулез	☐	☐
СПИД, ВИЧ	☐	☐
дизентерия	☐	☐
профессиональное заболевание	☐	☐
11. Перенесенные ранее заболевания (**если «ДА», то в п.12 указать диагноз**):		
инфекционные и паразитарные болезни	☐	☐

	ДА	НЕТ
доброкачественные либо злокачественные новообразования	☐	☐
болезни крови, кроветворной системы	☐	☐
аутоиммунные заболевания	☐	☐
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	☐	☐
психические расстройства и расстройства поведения	☐	☐
болезни нервной системы	☐	☐
болезни глаза, уха	☐	☐
болезни системы кровообращения	☐	☐
болезни органов дыхания	☐	☐
болезни органов пищеварения	☐	☐
кожные заболевания	☐	☐
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	☐	☐
болезни мочеполовой системы	☐	☐
врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения	☐	☐
травмы, отравления и др. последствия воздействия внешних причин	☐	☐
другие заболевания (не перечисленные выше)	☐	☐

12. Дополнительная информация (в случае ответа «ДА» на вопросы в п. 1,2,3,6,8,9,11):

№ вопроса	Комментарии

Я информирован и полностью согласен с тем, что в случае сообщения мною в заявлении-анкете заведомо ложной информации, страховщик вправе отказать в заключении договора страхования либо признать заключенный договор страхования недействительным.
Разрешаю страховщику запрашивать и получать информацию о состоянии:

☐ **моего здоровья**

☐ **здоровья Застрахованного лица, законным представителем которого я являюсь**

из любых организаций здравоохранения и государственных органов.

дата	подпись	фамилия, имя, отчество застрахованного лица (его законного представителя)
. .		

дата	подпись	фамилия, имя, отчество страхователя
. .		