

Приложение к Заявлению о заключении договора страхования

от ____ . ____ . ____ № _____

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 другими 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	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	
2.7. Состоите ли Вы на диспансерном наблюдении (учете) в организации здравоохранения по поводу:		<i>Дата постановки на учет</i>
психических расстройств (заболеваний) и психоневрологических заболеваний	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	
наркологических заболеваний	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	
заболеваний туберкулезом	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	
онкологических заболеваний	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	
эндокринологических заболеваний	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	
кардиологических заболеваний	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	

Иных заболеваний	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	
2.8. Стационарное лечение за последние 10 лет	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если «ДА», то укажите: Причину (диагноз) и дату _____ _____ организацию здравоохранения _____	
2.9. Оперативные вмешательства	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если «ДА», то укажите: причину(диагноз) и дату _____ _____ организацию здравоохранения _____	
2.10. Госпитализированы ли Вы на момент заполнения Заявления-анкеты?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	
2.11. Признаны или признавались ли Вы инвалидом?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если «ДА», то укажите: Группу (степень) инвалидности _____ Причину инвалидности _____ _____ Дату установления (снятия) _____	
2.12. ИМЕЕТЕ ЛИ ИЛИ ИМЕЛИ ЛИ ВЫ НИЖЕПРИВЕДЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ?		
На поставленные вопросы должен быть дан ответ «ДА» или «НЕТ». Если «ДА», то указывается диагноз:		
2.12.1. Заболевания органов дыхания <i>(хроническая обструктивная легочная болезнь, хронический бронхит, пневмония, бронхиальная астма, врожденные пороки развития и др.)</i>	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если «ДА», то укажите диагноз _____	
2.12.2. Заболевания системы кровообращения в том числе сердца и сердечно-сосудистой системы <i>(ревматические болезни сердца, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, аневризма сердца и сосудов, перикардит, эндокардит, миокардит, кардиомиопатия, порок сердца, инсульт мозга, инфаркт мозга, аневризма сосудов головного мозга, нарушение целостности черепно-мозговых сосудов не травматическое, атеросклероз, тромбоз/эмболия сосудов, тромбоз/флебит, недостаточность кровообращения, эндартериит. врожденные пороки развития и др.)</i>	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если «ДА», то укажите диагноз _____ _____	
2.12.3. Заболевания нервной системы <i>(менингит, энцефалит, миелит, энцефалопатия, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера, параличи, парезы, эпилепсия, задержка речевого развития, задержка моторного развития. врожденные пороки развития и др.)</i>	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если «ДА», то укажите диагноз _____ _____	
2.12.4. Заболевания желудочно-кишечного тракта <i>(гастрит, дуоденит, пищевод Баррета, язва желудка, 12-перстной кишки, пищевода, кишечника, хронический колит, хронический энтероколит, некротический язвенный колит, фиброз печени, жировой гепатоз, цирроз печени, гепатит, панкреатит, врожденные пороки развития и др.)</i>	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если «ДА», то укажите диагноз _____ _____	
2.12.5. Заболевания мочеполовой системы <i>(нефропатия, нефрит, мочекаменная болезнь, поликистоз почек, хронический пиело- или гломерулонефрит, почечная недостаточность, простатит (для мужчин), аднексит (для женщин) врожденные пороки развития и др.)</i>	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если «ДА», то укажите диагноз _____ _____	
2.12.6. Заболевания опорно-двигательного аппарата <i>(артрит, артроз, болезнь Бехтерева, тазобедренных суставов, сколиоз, дерматомиозит, ограничивающие движения заболевания, контрактура суставов, артропатия, врожденные пороки развития и др.)</i>	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если «ДА», то укажите диагноз _____ _____	
2.12.7. Заболевания органов зрения и слуха <i>(тугоухость, выраженная близорукость или дальнозоркость, глаукома, катаракта, дистрофия сетчатки, ангиопатия сетчатки, атрофия зрительных нервов, амблиопия. астигматизм, врожденные пороки развития и др.)</i>	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если «ДА», то укажите диагноз _____ _____	
2.12.8. Заболевания крови	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	

<i>(анемия, в т.ч. апластическая, гемолитическая, гемофилия, врожденные пороки развития и др.)</i>	Если «ДА», то укажите диагноз _____
2.12.9. Заболевания эндокринной системы <i>(тиреотоксикоз, гипотиреоз, заболевания гипофиза и надпочечников, сахарный диабет, врожденные пороки развития и др.)</i>	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если «ДА», то укажите диагноз _____
2.12.10. Онкологические заболевания (доброкачественные и злокачественные) органов и систем <i>(включая лейкоз, лимфогранулематоз, фибромы, липомы, остеомы и др.)</i>	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если «ДА», то укажите диагноз _____
2.12.11. Травматические повреждения органов, тканей, костей скелета <i>(переломы, черепно-мозговые травмы, сотрясения или ушибы головного мозга с потерей сознания, разрывы органов, тканей и др.)</i>	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если «ДА», то укажите диагноз _____
2.12.12. Инфекционные заболевания <i>(туберкулез, вирусный гепатит А, В, С, инфекционный мононуклеоз, ВИЧ инфекция, СПИД, ВИЧ-ассоциированные заболевания, коронавирусная инфекция и др.)</i>	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если «ДА», то укажите диагноз _____
2.12.13. Аутоиммунные заболевания <i>(ревматоидный артрит, системная красная волчанка, псориаз, васкулиты, миостения, врожденные пороки развития и др.)</i>	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если «ДА», то укажите диагноз _____
2.12.14. Психические расстройства и расстройства поведения <i>(шизофрения, психозы, аутизм, умственная отсталость и др.)</i>	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если «ДА», то укажите диагноз _____
2.12.15. Кожные заболевания <i>(псориаз, нейродермит, дерматит, рожистое воспаление и др.)</i>	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если «ДА», то укажите диагноз _____
2.12.16. Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если «ДА», то укажите диагноз _____
2.12.17. Другие заболевания, состояния (не перечисленные выше)	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если «ДА», то укажите диагноз _____ _____ _____

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>