

Заявление на страхование жизни и здоровья

1. ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО			
Ф.И.О.			
Дата, место рождения		Пол:	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж
Паспортные данные	серия	№	Кем, когда выдан
Профессия, должность, место работы, сфера деятельности			
2. СТРАХОВЫЕ РИСКИ / СТРАХОВАЯ СУММА			
Страховые риски		Страховая сумма (рубли)	
<input type="checkbox"/> Смерть в результате НС			
<input type="checkbox"/> Инвалидность I или II группы в результате НС			
Территория страхового покрытия - 24 часа, весь мир			
3. ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛИ (<input type="checkbox"/> по риску смерть, <input type="checkbox"/> по всем рискам)			
ФИО	Паспортные данные	Родственная связь	%
4. Дополнительная информация о Застрахованном лице			
1. Рост (см) / вес (кг):			
2. Артериальное давление верхнее (систолическое)		3. Артериальное давление нижнее (диастолическое)	
4.	Наличие договоров (полисов) страхования жизни или от несчастных случаев и болезней в других страховых компаниях		_____ (укажите – да/нет)
	Если ответ «да», укажите название компаний, страховые риски, страховые суммы:		
5.	Подавали ли Вы заявления на страхование жизни или от несчастных случаев, которые были отклонены страховой компанией или приняты с повышающим коэффициентом?		_____ (укажите – да/нет)
	Если ответ «да», укажите причину и страховую компанию:		
6.	Сообщите, пожалуйста, название и адрес поликлиники (лечебного учреждения), услугами которой Вы обычно пользуетесь, Ф. И. О. лечащего врача:		
7.	Опишите, пожалуйста, подробно род (характер) вашей профессиональной деятельности:		
8.	Курите ли Вы сейчас?		_____ (укажите – да/нет)
	Укажите количество сигарет в день (шт.) / сколько лет вы курите или как давно бросили курить?		
9.	Употребляете ли Вы пиво, вино или крепкие алкогольные напитки?		_____ (укажите – да/нет)
	Если ответ «да», укажите среднее дневное количество (в литрах) и тип алкоголя: пиво – ; вино – ; напитки $\geq 40^\circ$ –		
10.	Изменялся ли ваш вес за последние шесть месяцев более чем на 8 килограмм?		_____ (укажите – да/нет)
	Если ответ «да», поясните по какой причине:		
11.	Занимаетесь ли Вы профессионально или в качестве хобби следующими видами спорта: авто/мотогонки, ралли, альпинизм, спелеология, дайвинг, дельтапланеризм, парашютеризм, боевые единоборства или иные виды спорта или, деятельности, которые сопровождаются повышенным риском		_____ (укажите – да/нет)
	Если ответ «да», подробно опишите ниже по каждому виду спорта, как часто Вы им занимаетесь: иногда, регулярно, участвуете ли в соревнованиях или состязаниях:		
12.	Связана ли Ваша профессия с повышенной степенью риска (опасности): работа на высоте свыше 15 метров, работа в море или под водой, работа под землей (шахты и т. п.), работа с опасными химическими составами или взрывчатыми веществами, работа в нефтяной, газовой или химической промышленности и пр.		_____ (укажите – да/нет)
	Если ответ «да», уточните:		

Страхователь/Застрахованный (ФИО): _____
Подпись Страхователя/Застрахованного: _____

13.	Ваша деятельность связана с выездом в командировки чаще 4 раз в год?	_____ (укажите – да/нет)
	Если ответ «да», уточните:	
14.	Планируете ли Вы поездку в «горячие точки» планеты (места вооруженных конфликтов или военных действий)?	_____ (укажите – да/нет)
	Если ответ «да», уточните:	
15.	Планируете ли Вы выезжать за границу на срок более шести месяцев?	_____ (укажите – да/нет)
	Если ответ «да», уточните цель поездки, страну, срок пребывания за границей:	
5. СВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА		
1.	Имеете ли Вы или имели в прошлом группу инвалидности?	_____ (укажите – да/нет)
	Если ответ «да», уточните подробно причину инвалидности, группу, срок на который установлена (если имели в прошлом, укажите, когда была установлена и когда снята).	
Обращались ли Вы когда-либо за медицинской помощью по нижеперечисленным заболеваниям или отдельным их признакам или болели ли Вы каким-либо из следующих заболеваний?		
2.	Заболевания сердца и сердечно-сосудистой системы: ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия, инфаркт, сердечная недостаточность, гипертоническая болезнь (ГБ), аритмия, эндокардит, порок сердца, миокардит, . Беспокоят ли Вас боли за грудиной, одышка, учащенное сердцебиение, отеки? Иные заболевания сердечно-сосудистой системы или их признаки.	_____ (укажите – да/нет)
	Если ответ «да», уточните:	
3.	Повышенное артериальное давление, инсульт и его последствия, заболевания сосудов или нарушение кровообращения (например, облитерирующий эндартериит, варикозное расширение вен, хроническая венозная или лимфовенозная недостаточность, атеросклероз, синдром Рейно, диабетические ангиопатии, кровоизлияния в органы. Иные заболевания сосудов или их признаки.	_____ (укажите – да/нет)
	Если ответ «да», уточните:	
4.	Заболевания органов дыхания – легких, дыхательных путей: носоглотки, бронхов (туберкулез, астма, хронический бронхит, пневмония, эмфизема легких, плеврит, пневмосклероз или отдельные признаки заболеваний: постоянный кашель, кровь или гной в мокроте и пр.). Иные заболевания органов дыхания или их признаки.	_____ (укажите – да/нет)
	Если ответ «да», уточните:	
5.	Заболевания органов внутренней секреции: гипопаратиреоидизм, гипотиреоз, гипопитуитаризм, надпочечников, поджелудочной железы (диабет, повышенное содержание сахара в крови, увеличение или иные болезни щитовидной железы, другие эндокринные нарушения или заболевания желез или их признаки)	_____ (укажите – да/нет)
	Если ответ «да», уточните:	
6.	Заболевания пищеварительной системы, желчного пузыря, поджелудочной железы или печени: язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки, гастрит, вирусный гепатит В или С, цирроз печени, камни в желчном пузыре, панкреатит, холецистит, желудочные и/или кишечные кровотечения, полипоз желудка и/или кишечника, колит, болезнь Крона, изжога, тошнота и рвота, хроническая или периодическая повторяющаяся диарея (понос). Иные заболевания органов пищеварительной системы или их признаки.	_____ (укажите – да/нет)
	Если ответ «да», уточните:	
7.	Заболевания почек или мочеполовой системы: пиелонефрит, гломерулонефрит, поликистоз почек, почечная недостаточность, единственная почка, камни в почках, болезни мочевого пузыря, частые отеки, белок в моче, или венерические заболевания, заболевания простаты (простатит). Иные заболевания мочеполовой системы или их признаки.	_____ (укажите – да/нет)
	Если ответ «да», уточните:	
8.	ЛОР-заболевания, включая частые ангины, отиты, тонзиллиты (исключая обычные простуды, грипп, ОРВИ и детские инфекционные болезни), гайморит, тугоухость или иные заболевания.	_____ (укажите – да/нет)
	Если ответ «да», уточните:	
9.	Заболевания опорно-двигательного аппарата: позвоночника, костей конечностей, суставов, мышц (остеохондроз позвоночника, остеопороз, остеомиелит, артриты, артрозы, подагра, ревматизм, деформация суставов конечностей). Иные заболевания опорно-двигательного аппарата или их признаки.	_____ (укажите – да/нет)
	Если ответ «да», уточните:	
10.	Снижение остроты зрения (близорукость или дальнозоркость более 8 диоптрий), патология сетчатки, диабетическая ретинопатия сетчатки, катаракта, глаукома). Иные заболевания глаз или их признаки.	_____ (укажите – да/нет)
	Если ответ «да», уточните:	
11.	Любые онкологические заболевания (злокачественные (рак) и доброкачественные новообразования (опухоли) в том числе лимфомы, лимфогранулематоз и заболевания крови: лейкоз, лейкомия и т.п.). Подвергались ли Вы радио- или химиотерапии?	_____ (укажите – да/нет)
	Если ответ «да», уточните:	
12.	Какие-либо психические или нервные расстройства: мигрень, эпилепсия, черепно-мозговая травма и ее последствия, энцефалопатия судорожные припадки, стойкая депрессия, паралич, парез, нарушения речи и пр. Отмечались ли у Вас случаи потери сознания? Иные заболевания нервной системы или психические расстройства.	_____ (укажите – да/нет)
	Если ответ «да», уточните:	
13.	Состоите (состояли) ли Вы на учете у невропатолога или психиатра, проходили ли лечение в психоневрологических/психиатрических клиниках? Совершали ли Вы попытку самоубийства?	_____ (укажите – да/нет)
	Если ответ «да», уточните:	
14.	Находитесь ли Вы в настоящее время на больничном листе, стационарном лечении, планируете в ближайшие 12 месяцев госпитализацию для проведения обследования, лечения, хирургической операции.	_____

Страхователь/Застрахованный (ФИО): _____
Подпись Страхователя/Застрахованного: _____

		(укажите – да/нет)
	Если ответ «да», уточните:	
15.	Лечились ли Вы когда-либо от алкоголизма, наркомании, токсикомании? Состояли или состоите в настоящее время на учете в наркологическом или психоневрологическом диспансерах?	(укажите – да/нет)
	Если ответ «да», уточните:	
16.	Принимали ли Вы или назначались ли Вам врачом разного рода, транквилизаторы (антидепрессанты) или наркотические вещества в лечебных или иных целях?	(укажите – да/нет)
	Если ответ «да», уточните:	
17.	Вопрос для женщин: есть (были) ли у Вас какие-либо заболевания женских половых органов (матки, придатков), осложненные беременности, роды, кесарево сечение, болезни молочных желез? Дата рождения последнего ребенка.	(укажите – да/нет)
	Если ответ «да», уточните:	
18.	Вопрос для женщин: беременны ли Вы сейчас?	
	Если ответ «да», укажите срок беременности:	(укажите – да/нет)
19.	За последние пять лет Вы болели или находились на больничном листе сроком две недели и более, направлялись на стационарное лечение? Страдаете ли Вы заболеваниями, требующими постоянного медицинского наблюдения, из-за которых Вы были нетрудоспособны / находились под наблюдением врача более трех недель подряд за последние два года?	(укажите – да/нет)
	Если ответ «да», уточните, пожалуйста, диагноз, сроки лечения, название лечебного учреждения:	
20.	Проводились ли Вам какие-либо операции за последние пять лет? Были ли травмы за последние пять лет?	
	Если ответ «да», уточните:	(укажите – да/нет)
21.	Хронические инфекционные или паразитные заболевания – туберкулез, малярия, бруцеллез; профессиональные заболевания.	
	Если ответ «да», уточните:	(укажите – да/нет)
22.	Острые аллергические реакции или иные заболевания аллергического характера.	
	Если ответ «да», уточните:	(укажите – да/нет)
23.	Любые другие хронические, врожденные или наследственные заболевания.	
	Если ответ «да», уточните:	(укажите – да/нет)
24.	Имеете или имели ли Вы близких родственников, которым были диагностированы или которые умерли в возрасте до 45 лет от следующих заболеваний: диабет, инсульт, заболевания сердца, сосудов, почек, гипертония, рак, туберкулез и пр.?	(укажите – да/нет)
	Если ответ «да», уточните заболевание и возраст на дату диагностирования/смерти:	
25.	Если вы дали на один из вопросов ответ «да» или можете сообщить сведения медицинского характера о заболеваниях или состояниях не указанных выше, уточните, пожалуйста, в этом поле подробно: чем страдаете (диагноз), где наблюдаетесь (Ф. И. О. врача) с какого времени наблюдаетесь, какое лечение проходили.	

Я _____ на момент подписания настоящего заявления я не являюсь инвалидом I, II или III группы и не имею действующего направления на МСЭ, не состою на учете в наркологическом, психоневрологическом, противотуберкулезном, кожно-венерологическом, онкологическом диспансерах и не страдаю соответствующими заболеваниями, не болею СПИДом, не являюсь ВИЧ-инфицированным.

Я подтверждаю что все сведения, указанные мной в настоящем заявлении (включая приложения), являются полными и достоверными.

Мне известно, что ООО Страховая Компания «Согласие-Вита» вправе признать договор недействительным или отказать в страховой выплате в случае, если при заключении договора Страхователь/Застрахованный не сообщил или сообщил заведомо ложные сведения, имеющие существенное значение для оценки риска. Существенными являются все сведения, указанные в настоящем заявлении на страхование и приложениях к нему.

С ответственностью за предоставление недостоверных (ложных) сведений ознакомлен и согласен.

Я обязуюсь информировать Страховщика о каких-либо изменениях в состоянии моего здоровья в пределах дат: дата подписания этого заявления на страхование и даты начала действия страхования. Я уведомлен о том, что срок страхования по договору начинается с даты, указанной в договоре (полисе). Я обязуюсь уплатить страховую премию (первый взнос) самостоятельно. Приложением к настоящему Заявлению является квитанция на оплату. Я согласен при необходимости пройти медицинское освидетельствование в медицинском учреждении, указанном Страховщиком. Я уведомлен и согласен, что в случае его отказа от заключения договора страхования на предложенных Страховщиком условиях расходы на медицинское освидетельствование за счет Страхователя удерживаются Страховщиком из ранее оплаченной Страхователем суммы, подлежащей возврату.

Настоящим разрешаю в т.ч. в случае моей смерти любому медицинскому учреждению (медицинскому работнику), имеющему информацию о состоянии моего здоровья, диагнозе, проведенном лечении, предоставить ООО «Страховая Компания «Согласие-Вита» по запросу необходимую дополнительную информацию для решения вопросов, связанных с заключением и исполнением договора (полиса) страхования, а также с урегулированием убытков по договору.

Настоящим выражаю свое согласие на обработку ООО Страховая Компания «Согласие-Вита», моих персональных данных (включая все действия, перечисленные в ст.3 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»), указанных в заявлении и иных документах, используемых ООО Страховая Компания «Согласие-Вита», для их обработки в соответствии с законодательством Российской Федерации о персональных данных и с целью исполнения ООО Страховая Компания «Согласие-Вита», условий договора страхования и требований, установленных действующим законодательством, в т.ч.

Страхователь/Застрахованный (ФИО): _____
 Подпись Страхователя/Застрахованного: _____

целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по договору страхования, осуществления страховой выплаты, администрирования договора, а также в целях информирования о других продуктах и услугах Страховщика, в статистических целях и в целях проведения анализа. ООО Страховая Компания «Согласие-Вита», имеет право осуществлять следующие действия (операции) с моими персональными данными (в том числе с данными специальной категории): сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам, обезличивание, блокирование, уничтожение. Настоящее согласие действительно в течение срока действия договора (полиса) страхования и в течение 5 (пяти) лет после исполнения договора (полиса) страхования. Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме посредством направления уведомления в адрес ООО Страховая Компания «Согласие-Вита».

Страхователь: _____ / _____

Представитель Страховщика: _____ / _____

Номер и дата АД _____

Дата заполнения « _____ » _____ 20 _____ г.

Страхователь/Застрахованный (ФИО): _____
Подпись Страхователя/Застрахованного: _____