

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ АНКЕТА ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

Анкета должна быть заполнена лицом, принимаемым на страхование (Застрахованным)

ФИО:		
Дата рождения:		
Рост см	Вес кг	Артериальное давление
1. Связана ли Ваша профессиональная деятельность или была связана в прошлом с особым риском (хим.производство, атомная энергетика, ионизирующее излучение, работа с радиоактивными материалами, опасными взрывчатыми веществами, работа на высоте свыше 1,5 м, в водной акватории или под водой, работа под землей)?	☐ да ☐ нет	Если Да, укажите, пожалуйста тип опасной деятельности, а также период работы:
2. Занимались ли или занимаетесь ли Вы авиационным спортом, планеризмом, парашютизмом, альпинизмом, дайвингом, сноубордом или другими видами рискованного/ нерискованного спорта?	☐ да ☐ нет	Если Да, укажите, пожалуйста, каким видом и с какой периодичностью:
3. Представлялись ли Вы на медико-социальную экспертизу, устанавливалась ли Вам группа инвалидности?	☐ да ☐ нет	Если Да, приложите, пожалуйста, копии имеющихся у Вас документов. Укажите, группу инвалидности и точный диагноз:
4. Планируете ли Вы покинуть РФ более чем на 1 месяц и/или намереваетесь ли Вы совершать поездки в «горячие» точки планеты (места вооруженных конфликтов и военных действий)?	☐ да ☐ нет	Если Да, уточните, пожалуйста, в какую страну и с какой целью:
5. Были ли у Вас когда-нибудь психические заболевания, расстройства?	☐ да ☐ нет	Если Да, поясните, пожалуйста, свой ответ: укажите точный диагноз, дату установления, проводимое лечение, состояние в настоящий момент:
6. Лечились ли Вы от алкоголизма или наркомании? Находились ли Вы под следствием, привлекались ли Вы к уголовной ответственности?	☐ да ☐ нет	Если Да, поясните, пожалуйста, свой ответ (где, когда):
7. Были ли у Вас несчастные случаи, повлекшие за собой тяжелые травмы, ампутацию, параличи, нарушение зрения, слуха или другие серьезные последствия?	☐ да ☐ нет	Если Да, поясните, пожалуйста, свой ответ: укажите точный диагноз, дату несчастного случая, проводимое лечение, состояние в настоящий момент:
8. Было ли Ваше заявление на страхование в другой компании отклонено или принято с оговорками?	☐ да ☐ нет	Если Да, укажите, пожалуйста, дату и причину:
9. Есть ли у Вас в настоящее время полис/ договор страхования от несчастных случаев или страхования жизни? Есть ли у Вас в настоящее время заявления на страхование жизни/ несчастного случая, находящиеся в процессе рассмотрения/ оформления договора страхования в других страховых компаниях?	☐ да ☐ нет	Если Да, укажите, пожалуйста, наименование компании, тип программы и размер страховой суммы:
10. Получали ли Вы когда-либо страховую выплату в связи с несчастным случаем?	☐ да ☐ нет	Если Да, укажите, пожалуйста, наименование компании и размер страховой суммы:
11. Кто-либо из ваших родителей, родных братьев или сестер умер или страдал от следующих заболеваний: рак, сахарный диабет, инсульт, заболевания сердца, туберкулез, психические заболевания?	☐ да ☐ нет	Если Да, укажите, пожалуйста, родственника, заболевание и возраст, в котором заболевание было диагностировано? Если кто-либо из перечисленных родственников умер, укажите, пожалуйста, родственника, причину смерти и возраст, в котором она наступила.
12. Для женщин: беременны ли Вы сейчас?	☐ да ☐ нет	

13. Наблюдаетесь (наблюдались) ли Вы в лечебных учреждениях (в т.ч. платных)?	☐ да ☐ нет	Если Да, укажите, пожалуйста, наименование ЛПУ:
14. Курите ли Вы?	☐ да ☐ нет, никогда ☐ бросил (а) ☐ лет назад	Укажите, пожалуйста, в течение скольких лет Вы курите (курили): ☐ ☐ Сигарет ☐ ☐ в день Сигары ☐ ☐ в день Трубку ☐ ☐ в день
15. Употребляете ли Вы алкогольные напитки?	☐ да ☐ нет	Если Да, укажите, пожалуйста, среднее дневное количество употребления и тип алкоголя:
16. Обращались ли Вы за медицинской помощью или Вам известно, что у Вас имеются заболевания и/или нарушения, повреждения следующих органов:		Если Да, поясните, пожалуйста, свой ответ: укажите точный диагноз, дату установления, проводимое лечение, состояние в настоящий момент:
а) Органов зрения, слуха, обоняния	☐ да ☐ нет	
б) Дыхательных путей (носоглотки, бронхов, легких)	☐ да ☐ нет	
в) Сердечнососудистой системы	☐ да ☐ нет	
г) Пищеварительной системы (желудок, печень, желчный пузырь, кишечник и др.)	☐ да ☐ нет	
д) Мочеполовой системы	☐ да ☐ нет	
е) Нервной системы (в т.ч. есть ли у Вас психические заболевания?)	☐ да ☐ нет	
ж) Опорно-двигательного аппарата	☐ да ☐ нет	
з) Органов внутренней секреции, в т.ч. щитовидной, поджелудочной желез и т.д.	☐ да ☐ нет	
И) Головного мозга	☐ да ☐ нет	
17. Обращались ли Вы за медицинской помощью по нижеперечисленным заболеваниям, или Вам известно, что они у Вас имеются:		Если Да, поясните, пожалуйста, свой ответ: укажите точный диагноз, дату установления, проводимое лечение, состояние в настоящий момент:
а) Аллергические реакции	☐ да ☐ нет	
б) Гепатит	☐ да ☐ нет	
в) Профессиональные заболевания	☐ да ☐ нет	
г) Новообразования – доброкачественные или злокачественные опухоли, кисты органов	☐ да ☐ нет	
д) Диабет	☐ да ☐ нет	
18. Имеете (имели) ли Вы какие-нибудь психические или физические нарушения, заболевания, не названные выше?	☐ да ☐ нет	Если Да, поясните, пожалуйста, свой ответ:
19. Имеются ли у Вас или имелись ранее хронические заболевания, не указанные выше?	☐ да ☐ нет	Если Да, поясните, пожалуйста, свой ответ:
20. Проводилась ли Вам когда-либо операция по ампутации, резекции, удалению (частичному удалению) и/или пересадки органов или тканей?	☐ да ☐ нет	Если Да, поясните, пожалуйста, свой ответ:
21. В течение последних 5 лет проходили ли Вы обследование, получали ли консультацию, имели ли травмы, операции, не названные выше?	☐ да ☐ нет	Если Да, предоставьте, пожалуйста, выписной эпикриз:
22. В течение последних 5 лет находились ли Вы на лечении в больнице, санатории или другом медицинском учреждении?	☐ да ☐ нет	Если Да, предоставьте, пожалуйста, выписной эпикриз:
23. Проводился ли Вам тест на ВИЧ (СПИД)?	☐ да ☐ нет	Если Да, укажите, пожалуйста, результаты: ☐ положительный ☐ отрицательный
Застрахованное лицо подтверждает, что все утверждения в этом документе являются правдивыми и полными. Застрахованное лицо в дальнейшем согласно, что утверждения, сделанные в этом документе, будут являться основой для подписания со Страховщиком Договора страхования в отношении Застрахованного лица и, если какое-либо заявление не будет правдивым или если любая информация, которая может воздействовать на оценку или принятие риска, будет скрыта, это может стать основанием для признания Договора страхования недействительным.		
Дата г.		_____
(Подпись Застрахованного)		