

АНКЕТА ЗАСТРАХОВАННОГО/СТРАХОВАТЕЛЯ

Приложение к Заявлению
на внесение изменений в

Договор страхования № от г.

Сведения о Заявителе:

| | | | |
|---------|----------------------|----------|----------------------|
| Фамилия | <input type="text"/> | | |
| Имя | <input type="text"/> | Отчество | <input type="text"/> |

Сведения о Страхователе (заполняются данные нового Страхователя в случае его замены):

| | | | |
|---|---|-----------------------------------|---|
| Фамилия | <input type="text"/> | Имя | <input type="text"/> |
| Отчество | <input type="text"/> | Дата рождения | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Место рождения | <input type="text"/> | | |
| Код подразделения | <input type="text"/> - <input type="text"/> | Документ, удостоверяющий личность | Паспорт серия <input type="text"/> № <input type="text"/> |
| Гражданство | <input type="text"/> | Дата выдачи | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Дата окончания срока действия (если имеется) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| Выдан | <input type="text"/> | | |
| ИНН (при наличии) | <input type="text"/> | СНИЛС (при наличии) | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Адрес места жительства (регистрации) | <input type="text"/> | | |
| Адрес проживания (если отличается от регистрации) | <input type="text"/> | | |
| Номер моб. телефона | +7 <input type="text"/> | E-mail | <input type="text"/> |
| Место работы | <input type="text"/> | Профессия, должность | <input type="text"/> |

1. ВОПРОСЫ ОБЩЕГО ХАРАКТЕРА (если Вы ответите «ДА», заполните таблицу №7 «Подробные сведения»)

Рост Застрахованного ___ см. Вес Застрахованного ___ кг. Рост Страхователя ___ см. Вес Страхователя ___ кг

| № | Вопросы | Ответы Застрахованного | | Ответы Страхователя | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | ДА | НЕТ | ДА | НЕТ |
| 1 | Изменялся ли Ваш вес более, чем на 3 кг за последний год? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Курите ли Вы (укажите, пожалуйста, кол-во сигарет/сигар/трубок в день)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Употребляете ли Вы алкоголь ? (укажите вид алкоголя (пиво, вино, крепкие напитки (> 40°) и количество за неделю в литрах) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Получали ли Вы врачебные рекомендации о снижении или отмене потребления табака и алкоголя в связи с состоянием здоровья? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5 | Застрахована ли Ваша жизнь или здоровье в СК «Ренессанс Жизнь» или других компаниях? (Если «да», укажите страховую сумму и количество полисов) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Подávalи ли Вы уже заявление на страхование жизни или от несчастного случая, которое было отклонено, отложено или принято на особых условиях? (Если «да», укажите когда, какой страховой компанией и по какой причине) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Связана ли Ваша работа с повышенным риском (подъем/перемещение тяжелых предметов, работа на высоте, под землей, под водой, с химическими веществами и составами, взрывчатыми веществами, ненормированный график, постоянные командировки и т.п.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Планируете ли Вы покинуть РФ более чем на 1 месяц в течение последующих 12 месяцев с момента подписания заявления? В какую страну и с какой целью? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Привлекались ли Вы к уголовной ответственности? (Если «да», укажите статью УК). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Водите ли Вы машину/мотоцикл? (нужное подчеркнуть). Укажите стаж. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Попадали ли Вы в ДТП за последние 3 года? Если «да», укажите сколько раз и с какими последствиями. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Управляли ли Вы транспортным средством в нетрезвом состоянии в течение последних 3 лет? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Занимаетесь ли Вы спортом? (нужное подчеркнуть): хобби, профессионально. Укажите вид. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Занимаетесь ли Вы в качестве хобби или профессионально авиацией, погружением в воду (плавание с аквалангом и т.п.), парашютным спортом, дельтапланеризмом, автомобильными гонками, горными/водными лыжами, парусным спортом, альпинизмом, спелеологией, боксом, борьбой или боевыми искусствами, верховой ездой и т.п.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Были ли Вы связаны с радиоактивными материалами и подвергались ли Вы облучению выше установленных норм? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА

Имелись ли у Вас или имеются сейчас следующие заболевания (если «ДА», то заполните таблицу 6. Если Вам потребуется больше места, продолжите описание в п.7 «Подробные сведения».)

| № | Вопросы | Ответы Застрахованного | | Ответы Страхователя | |
|---|---|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | ДА | НЕТ | ДА | НЕТ |
| 1 | Любое заболевание сердца, например, аритмии, сердечные шумы, заболевания коронарных артерий, боль в груди, ощущение нехватки воздуха или ощущение сердцебиения, инфаркт, сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, нарушения дыхания, врожденная патология сердца, патология клапанов и т.д.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Повышенное артериальное давление или заболевания кровеносных сосудов, нарушения кровообращения, инсульт и т.д.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Любые проблемы с системой дыхания или легкими, например, астма, бронхит, постоянный кашель, туберкулез, пневмонии и т.д.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Любые расстройства системы пищеварения (существующий или подозреваемый гастрит, язва желудка или двенадцатиперстной кишки, колит, частые диареи, запоры, отрыжка, икота или изжога), заболевания желчного пузыря, печени или поджелудочной железы (гепатит, панкреатит, желчнокаменная болезнь, холецистит и т.д.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5 | Венерические заболевания (гонорея, сифилис, хламидиоз и другие заболевания) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Заболевания или расстройства почек, мочевого пузыря или репродуктивных органов, например, белок (лейкоциты, эритроциты) в моче, мочекаменная болезнь, гломерулонефрит, пиелонефрит, простатит, венерические заболевания и т.д.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Заболевания опорно-двигательного аппарата (мышц, костей, суставов, связок, сухожилий, конечностей, позвоночника, и т.д., например, остеохондроз, ревматизм, артрит, подагра, грыжи межпозвоночного диска, смещение дисков или другие заболевания позвоночника, мышечная дистрофия и т.д.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Травмы головы? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Заболевания органов зрения (выраженная близорукость или дальнозоркость, глаукома, катаракта и т.д.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Заболевания ЛОР-органов (гайморит, ринит, тонзиллит, фарингит, гайморит, ларингит, отит, тугоухость и т.д.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Заболевания крови (лейкемия, анемия, лимфогранулематоз, гемофилия, неходжкинские лимфомы и т.п.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Заболевания эндокринной системы: Диабет, повышенный уровень сахара/глюкозы в крови, гипертиреоз, гипотиреоз, тиреоидит, зоб и другие заболевания? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Опухоли (доброкачественные и/или злокачественные)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Психические или нервные расстройства, включая эпилепсию, потери сознания, паралич, депрессию и т.д. (укажите диагноз, длительность течения, получаемое лечение и его эффект)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Аллергические реакции? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Получал ли Застрахованный когда-либо лечение или была ли его кровь обследована на предмет гепатитов, ВИЧ, СПИД, СПИД-связанных расстройств или иных передающихся половым путем или через кровь заболеваний? (Если «да», укажите детали и результат) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | Принимали ли Вы когда-либо лекарственные препараты, которые не прописывал врач? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | Проходили ли Вы диспансеризацию в течение последних 3 лет? Укажите, где и когда. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | Были ли Вы оперированы или предлагали ли Вам операцию, но Вы отказались? (Укажите где, когда, с каким диагнозом) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 | Запланированы ли сейчас операции или какого-либо рода лечение в отношении Вас? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 | Лечились ли Вы от алкоголизма, наркомании? (Укажите где, когда) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 | Состояли ли Вы когда-либо или состоите в настоящее время на учете в психоневрологическом диспансере? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 | Имеете ли Вы (имели) группу инвалидности? (какая, когда и в связи с чем была выдана?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 | Другие болезни, операции, госпитализации, нетрудоспособность или несчастные случаи за последние 5 лет? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА ДЛЯ ЖЕНЩИН

| № | Вопросы | Ответы Застрахованного | | Ответы Страхователя | |
|---|---|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | ДА | НЕТ | ДА | НЕТ |
| 1 | Есть ли у Вас в настоящее время или были заболевания женских органов (молочных желез, яичников, матки)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Были ли отклонения в протекании беременности и родов (кесарево сечение, выкидыши и т.д.)? Были ли у Вас аборт(ы)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Имели или имеете ли Вы неблагоприятные результаты цитологического исследования слизистой влагалища? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Беременны ли Вы сейчас? Укажите срок. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. ВОПРОСЫ ПРИ ВЫБОРЕ ПРОГРАММЫ «МЕДИЦИНА БЕЗ ГРАНИЦ ПЛЮС»

(если ДА), то заполните таблицу 6. Если Вам потребуется больше места, продолжите описание в п.7 «Подробные сведения».)

| | | | |
|---|--|-----------------------------|------------------------------|
| В настоящее время или в течение последних 10 лет проходили ли Вы стационарное, амбулаторное, восстановительное или превентивное лечение, либо Вам устанавливался по результатам обследования диагноз, либо Вы находились под наблюдением врача-специалиста по поводу любого из нижеследующих заболеваний или состояний: | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - рак или злокачественные новообразования любого типа, в т.ч. болезнь Ходжкина; - любые виды опухолей или кист головного мозга и других внутричерепных структур, костей черепа, придаточных пазух или спинного мозга; - лейкемия (лейкоз) или любое заболевание крови, требующее лечения сроком не менее одного месяца (например, анемия, лимфома, миелома, нарушение свертываемости крови, гемофилия или повышенная кровоточивость сосудов и т.д.); - рак in situ (неинвазивный рак, без прорастания) или любые предраковые (предопухолевые) заболевания или патологические изменения органов и тканей (дисплазии), имеющие высокую вероятность перерождения в злокачественные новообразования, включая, но не ограничиваясь предраковыми изменениями в области молочных желез / женских половых органов, мочевого пузыря или простаты; - любые формы заболеваний сердца (например, сердечный приступ, стенокардия, перенесенный инфаркт миокарда, кардиосклероз, кардиомиопатия, стеноз/порок, шумы в сердце или ревматизм; (не включая лечение только в связи с высоким кровяным давлением и/или высоким уровнем холестерина); - любые формы инсульта или кровоизлияния в мозг; - любая форма диабета. | | <input type="checkbox"/> ДА | <input type="checkbox"/> НЕТ |
| Если в настоящее время Вы проходите обследование по поводу симптомов, которые могут быть проявлением какого-либо из вышеуказанных заболеваний или состояний, либо ожидаете результатов диагностики, пожалуйста, примите во внимание, что Вам следует дождаться получения результатов, чтобы корректно ответить на вопрос. | | | |

5. О СЕМЬЕ (Если у Вас нет информации, укажите «Нет информации» ниже в таблице 2)

1.

| № | Вопросы | Ответы Застрахованного | | Ответы Страхователя | |
|---|---|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | ДА | НЕТ | ДА | НЕТ |
| | Болеет ли или болен ли в настоящее время кто-нибудь из Ваших ближайших родственников, как живущих, так и умерших, сердечными заболеваниями, раком, почечной недостаточностью, диабетом, гипертонией, психическими расстройствами или какими-либо наследственными заболеваниями или расстройствами, как например, мышечная дистрофия, поликистоз почек, врожденный полипоз толстой кишки и т.п.? (Если «да», укажите подробности в таблице №2) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2.

| Застрахованный | Страхователь | Родственная связь | Возраст, если живы | Если живы, кратко опишите состояние здоровья, если оно плохое, укажите причины этого | Возраст, в котором умерли | Если умерли от болезни, сообщите причину смерти |
|--------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------|--|---------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |

6. ТАБЛИЦА.

| Полный диагноз, симптомы заболевания | Дата появления первых симптомов | Имя и адрес лечащего врача или больницы, где Вы проходили лечение | Когда в последний раз наблюдались подобные симптомы (месяц, год) |
|--------------------------------------|---------------------------------|---|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

7. ПОДРОБНЫЕ СВЕДЕНИЯ

| № вопроса | КОММЕНТАРИИ |
|-----------|-------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Я заявляю, что ответы на вопросы настоящего вопросника являются правдивыми и полными. Я знаю, что любые сведения, представленные или непредставленные намеренно, могут стать основанием для отказа в страховой выплате.

Страхователь:

(подпись)

(ФИО Страхователя)

(Дата заявления)

Застрахованный:

(подпись)

(ФИО Застрахованного)

(Дата заявления)

Служебные отметки:

Вх.№ _____ - _____ / _____ от _____ .20____ г.

Заявка № _____

ФИО Сотрудника: _____

Должность: _____

Подпись: _____

