

ФИО:					
Дата рождения:					
Рост:	_____ см	Вес:	_____ кг	Артериальное давление:	_____ / _____ мм рт. ст.
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	Если Да, укажите, пожалуйста, срок:	
13. Наблюдаетесь (наблюдались) ли Вы в лечебных учреждениях (в т.ч. платных)?		да	нет	Если Да, укажите, пожалуйста, наименование ЛПУ:	

Дата

 /  /  г.

Подпись

14. Курите ли Вы?	да	Укажите, пожалуйста, в течение скольких лет Вы курите (курили):
	нет, никогда	Сигареты: _____ в день
	бросил(а) _____ лет назад	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