ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ АНКЕТА-ЗАЯВЛЕНИЕ

на страхование жизни и здоровья, имущества

|  |
| --- |
| **1. Общие сведения о СТРАХОВАТЕЛЕ** |
| 1.1. ФИО (полностью) |  |
| 1.2. Паспорт | серия № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1.3. Дата и место рождения |  |
| 1.4. Адрес регистрации |  |
| 1.5. Адрес фактического проживания: |  |
| 1.6. Номер телефона: | мобильный | домашний |
| 1.7. Место работы, наименование организации, адрес |  | Должность |  |
| 1.8. Семейное положение |  |

|  |
| --- |
| 2. СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ |
| 2.1. Наличие полисов страхования жизни и здоровья? *Если "Да", укажите название СК, риски, страховые суммы по ним: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | 🞏 Да 🞏 Нет |
| 2.2. Было ли ранее отказано в заключении договора страхования по рискам жизни, здоровья и/или трудоспособности? *Если "Да", укажите причину и страховую компанию: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | 🞏 Да 🞏 Нет |
| 2.3. Имеете ли Вы или имели в прошлом группу инвалидности? | 🞏 Да 🞏 Нет |
| 2.4. Связана ли Ваша деятельность с работой в районах с неблагоприятным климатом, с вооруженными конфликтами / другая (с риском для здоровья)? | 🞏 Да 🞏 Нет |
| 2.5. Связана ли Ваша деятельность с работой с горючими, взрывчатыми, опасными химическими, радиоактивными веществами? | 🞏 Да 🞏 Нет |
| 2.6. Связана ли Ваша деятельность с работой: на высоте (5 м и выше), на воде, под водой, под землей, при повышенном, пониженном атмосферном давлении, с горючими, взрывчатыми, опасными химическими, радиоактивными веществами, вблизи открытых движущихся механизмов, в районах с неблагоприятным климатом, вооруженными конфликтами, другая (с риском для здоровья), а также изменение характера работы (если планируется)? | 🞏 Да 🞏 Нет |
| 2.7. Занимаетесь ли Вы авиационным спортом, планеризмом, парашютизмом, альпинизмом, скалолазанием, боевыми единоборствами, горнолыжным спортом, дайвингом или другими видами рискового спорта?*Если «Да», то укажите вид спорта/увлечения, частоту занятий данными видами спорта/увлечением (например, раз в неделю, в месяц, в год), уровень подготовки, территорию проведения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | 🞏 Да 🞏 Нет |
| **3. ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА** |
| 3.1. Рост \_\_\_\_\_\_\_\_\_см, Вес \_\_\_\_\_\_\_\_\_кг, Артериальное давление (последнее измерение):\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_мм. рт.ст. |
| 3.2. Потребление табака в день 🞏 Да 🞏 Нет Если «Да», то укажите, количество сигарет в день \_\_\_\_\_\_шт. |
| 3.3. Потребление алкоголя (вид алкоголя и количество за неделю в литрах): 🞏 Да 🞏 Нет пиво \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; вино \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; крепкие напитки (> 40) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3.4. **Заболевания сердца и сосудов**: нарушение ритма сердца, эндо- и миокардит, ишемическая болезнь (стенокардия, инфаркт миокарда), пороки, боли в области сердца, одышка, гипертония, нарушение мозгового кровообращения, эндартериит, атеросклероз, ангиопатия, тромбофлебит, онемение и/или боли в ногах и другие заболевания | 🞏 Да 🞏 Нет |
| 3.5. Эндартериит, атеросклероз, ангиопатия, тромбофлебит, онемение и/или боли в ногах и др. | 🞏 Да 🞏 Нет |
| 3.6. **Болезни органов дыхания**: хронический бронхит, бронхиальная астма, эмфизема другие заболевания | 🞏 Да 🞏 Нет |
| 3.7. **Болезни органов пищеварения**: гастрит, язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки, холецистит, желчекаменная болезнь, панкреатит, гепатит (вид, год заболевания), цирроз печени, гепатоз, другие заболевания | 🞏 Да 🞏 Нет |
| 3.8. **Болезни почек**: мочекаменная болезнь, пиелонефрит, гломерулонефрит, единственная почка, опущение почки (нефроптоз), другие заболевания | 🞏 Да 🞏 Нет |
| 3.9. **Болезни крови и кроветворных органов**: лейкоз, лимфом, анемии, нарушения свертываемости крови, пурпура и другие геморрагические состояния и другие заболевания | 🞏 Да 🞏 Нет |
| 3.10. **Нервная система**: шизофрения, эпилепсия, рассеянный склероз, паралич, парез, болезнь Паркинсона, сотрясения головного мозга, полиомиелит, вегето-сосудистая дистония (симптомы, проявления), потери сознания и другие заболевания | 🞏 Да 🞏 Нет |
| 3.11. Проведенные ранее или планируемые операции в связи с болезнями, травмами | 🞏 Да 🞏 Нет |
| 3.12. **Нарушение зрения и слуха**: снижение/нарушение остроты зрения (указать степень), глаукома, отслойка сетчатки, близорукость, дальнозоркость, снижение слуха, хронические отиты и другие заболевания | 🞏 Да 🞏 Нет |
| 3.13. **Болезни опорно-двигательного аппарата**: переломы, вывихи, разрывы менисков, артроз, остеохондроз, грыжи дисков, остеопороз, дисплазии, деформации, болезни мышц и другие заболевания | 🞏 Да 🞏 Нет |
| 3.14. **Эндокринная система**: сахарный диабет, болезни щитовидной железы (зоб нетоксический, гипотиреоз, тиреоидит), другие заболевания | 🞏 Да 🞏 Нет |
| 3.15. **Онкология**: доброкачественные опухоли (фиброзно-кистозная мастопатия, миома матки, эндометриоз, гиперплазия предстательной железы и и другие заболевания), злокачественные опухоли (рак или другие онкологические заболевания, диагностированные ранее (в настоящий момент)) | 🞏 Да 🞏 Нет |
| 3.16. Устанавливался ли Вам диагноз СПИД, ВИЧ инфекция? | 🞏 Да 🞏 Нет |
| 3.17. Врожденные или приобретенные дефекты органов (отсутствие органа или его части) |  |
| 3.18. Вопрос для женщин: Имелись ли у Вас какие-либо заболевания женских половых органов (молочных желез, придатков, матки), осложненные беременности, роды, кесарево сечение? | 🞏 Да 🞏 Нет |
| 3.19. Вопрос для женщин: Беременны ли вы сейчас?Если «Да», то укажите срок беременности, мес.\_\_\_\_\_\_\_ | 🞏 Да 🞏 Нет  |
| 3.20. Вопрос для мужчин: Являетесь ли Вы военнообязанным? | 🞏 Да 🞏 Нет  |
| 3.21. Вопрос для мужчин: *Б*ыли ли Вы освобождены от прохождения действительной военной службы?*Если "Да", укажите причины*. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞏 Да 🞏 Нет  |
| 3.22. Состоите/Состояли ли Вы на диспансерном учете по поводу болезней, последствий травм? | 🞏 Да 🞏 Нет  |
| 3.23 . Проходили ли Вы за последние 5 лет специальные обследования (рентген, ЭКГ, УЗИ) в связи с заболеваниями? | 🞏 Да 🞏 Нет  |
| 3.24. Страдали/страдают или умерли кто-либо из ваших родных – братьев, сестер, родителей, в результате следующих заболеваний: диабет, инсульт, сердечные заболевания, рак, туберкулез или психические заболевания? | 🞏 Да 🞏 Нет  |
| 3.25. Имеете ли Вы или имели в прошлом группу инвалидности или направление на медико-социальную экспертизу? | 🞏 Да 🞏 Нет  |
| 3.26. Принимали Вы разного рода седативные (снотворные) вещества, транквилизаторы (антидепрессанты) или наркотические вещества в лечебных или иных целях? | 🞏 Да 🞏 Нет  |
| 3.27. Иные заболевания или события медицинского характера, не указанные выше | 🞏 Да 🞏 Нет |

.

|  |
| --- |
| **4. СТРАХОВАНИЕ НЕДВИЖИМОГО ИМУЩЕСТВА**  |
| Недвижимое имущество |  |
| Адрес местонахождения имущества |  |
| Стоимость недвижимого имущества |  | Тип здания |  |
| Общая площадь, кв.м. |  | Этаж расположения квартиры |  | Кол-во этажей в здании |  | Количество комнат |  |
| Год постройки дома |  | Год проведения последнего капитального ремонта (для квартир) |  |
| Материал стен*Если "Иное", указать* |  железобетонные панели/ блоки  монолит/ кирпич🞎 каркас/щит 🞎 брус/бревно 🞎 кирпич 🞎 блоки стеновые 🞎 иное \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Материал перекрытий | 🞏 железобетонные/ монолитные 🞏 деревянные/ смешанные |
| Имеются ли внутренние и/или внешние повреждения/дефекты имущества? | 🞏 Да 🞏 Нет |
| Проводилась ли перепланировка квартиры/дома/здания?*Если "Да", то указать согласована ли перепланировка с компетентными органами.* | 🞏 Да \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞏 Нет |
| Средства противопожарной защиты (противопожарная сигнализация, огнетушители и т.п.) *Если есть иные средства противопожарной защиты, указать какие.* | 🞏 Да \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞏 Нет |
| Средства, системы безопасности и охраны (охранная сигнализация, видеонаблюдение, охрана, металлическая дверь, домофон и т.п.) *Если есть иные средства, системы безопасности, указать какие* | 🞏 Да \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞏 Нет |
| Наличие источников повышенной пожарной опасности (газовая плита, печь, камин, газовая колонка, баня, сауна) *Если есть иные источники повышенной пожарной опасности, указать какие* | 🞏 Да \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞏 Нет |
| Застраховано ли в настоящее время недвижимое имущество в другой в компании или в других страховых компаниях? *Если "Да", указать наименование страховой компании.* | 🞏 Да \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞏 Нет |

Страховщик имеет право потребовать признания Договора страхования (полиса) недействительным, отказать в выплате страхового обеспечения в случае, если Страхователь (Застрахованный) в настоящем документе сообщил Страховщику заведомо ложные сведения.

Вышеуказанные сведения, внесенные мной или от моего имени в настоящее Заявление, соответствуют действительности и будут являться частью Договора страхования. Согласен с тем, что, на основании сообщенных мною сведений, Страховщик имеет право произвести индивидуальную оценку риска (рисков), принимаемого на страхование, с применением необходимых поправочных коэффициентов к базовой тарифной ставке. Разрешаю любому медицинскому учреждению и врачам, у которых имеются данные о состоянии моего здоровья, предоставить страховой компании необходимую дополнительную полную информацию.

Страхователь, подписывая настоящую Анкету-заявление, в соответствии с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» выражает Страховщику согласие на обработку своих персональных данных, содержащихся в документах, передаваемых Страховщику с целью получения содействия в рамках заключения Договора страхования.

Обработка персональных данных осуществляется посредством сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, распространения (в том числе передачу), обезличивания, блокирования, уничтожения персональных данных, как на бумажных, так и на электронных носителях. Указанное согласие Страхователя действует в течение всего срока обработки персональных данных. Обработка персональных данных (за исключением хранения) прекращается по достижению цели обработки или прекращения обязательств по заключённым договорам. Настоящим согласием подтверждаю, что права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

Я не возражаю против проверки Страховщиком всех изложенных в настоящем Заявлении сведений и проведения в случае необходимости юридической экспертизы представленных Страхователем документов Компанией-партнером, сотрудничающей по Договору об оказании услуг со Страховщиком.

Дата: “\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/