

**ЗАЯВЛЕНИЕ-АНКЕТА НА СТРАХОВАНИЕ**

В страховую компанию « \_\_\_\_\_ »

от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2013 г.

**I. Сведения о Страхователе**

Ф.И.О.	
Адрес регистрации	
Паспортные данные	
Контактный телефон	
Дата рождения	
Место работы	
Должность, специальность, профессия	
Семейное положение	

**II. Данные кредитного договора**

Сумма кредита	
Срок кредитования	
Программа: <input type="checkbox"/> - новое жилье; <input type="checkbox"/> - вторичное жилье; <input type="checkbox"/> - областная программа; <input type="checkbox"/> - АИЖК; <input type="checkbox"/> - молодежная пр.; <input type="checkbox"/> - Дельта-Кредит; <input type="checkbox"/> - иное _____ ; <input type="checkbox"/> - иное _____ ;	
Контактное лицо в банке (Ф.И.О., телефон)	

**III. Страхование по риску смерти, утраты трудоспособности Заемщика/Созаемщика**

**Особые факторы риска:**

1	Связана ли Ваша профессиональная или иная деятельность с нижеперечисленным:	
2	Исполнение обязанностей руководителя?	<input type="checkbox"/> - да, <input type="checkbox"/> - нет
3	Управление машинами, механизмами или пребывание в непосредственной близости от работающих машин и механизмов?	<input type="checkbox"/> - да, <input type="checkbox"/> - нет
	Работа на высоте?	<input type="checkbox"/> - да, <input type="checkbox"/> - нет
	Работа в море?	<input type="checkbox"/> - да, <input type="checkbox"/> - нет
	Работа в нефтяной и газовой промышленности?	<input type="checkbox"/> - да, <input type="checkbox"/> - нет
	Работа в шахте или пребывание под землей?	<input type="checkbox"/> - да, <input type="checkbox"/> - нет
4	Работа, связанная с опасностью облучения, с взрывоопасными веществами, опасными химическими веществами, высоким электрическим напряжением, с высокими температурами или пребыванием в опасных зонах?	<input type="checkbox"/> - да, <input type="checkbox"/> - нет
	Работа в охранных фирмах, работа в правоохранительных органах, работа в качестве охранника или сотрудника безопасности?	<input type="checkbox"/> - да, <input type="checkbox"/> - нет
	<b>(необходимое подчеркнуть)</b>	
5	Другая работа, связанная с повышенным риском? (указать какая):	<input type="checkbox"/> - да, <input type="checkbox"/> - нет
6	Связана ли Ваша деятельность с путешествиями и переездами, командировками за границу, пребыванием в «горячих точках» (местах вооруженных конфликтов или военных действий), местах беспорядков и забастовок, районах химического или радиоактивного заражения? Намереваетесь ли Вы посетить/посещать вышеперечисленные районы с какой-либо целью?	<input type="checkbox"/> - да, <input type="checkbox"/> - нет
	Принимаете ли Вы участие в любых путешествиях или мероприятиях, связанных с повышенным риском, применением дополнительного снаряжения? <b>(необходимое подчеркнуть)</b>	<input type="checkbox"/> - да, <input type="checkbox"/> - нет
7	Требуется ли Ваша работа каких-либо специальных лицензий (кроме удостоверения водителя автомобиля или общественного транспорта)?	<input type="checkbox"/> - да, <input type="checkbox"/> - нет
8	Занимаетесь ли Вы в качестве хобби или профессионально: а) авиацией или любыми полетами (дельта- и парапланеризмом, прыжками с парашютом, полетами на планере, вертолете и т.д.), б) погружениями в воду (плавание с аквалангом и т.д.), передвижениями по воде (на парусниках, моторных лодках, скутерах и т.д.) (исключается рейсовый пассажирский воздушный и водный транспорт), в) альпинизмом и скалолазанием, спелеологией, горными лыжами, г) любыми видами борьбы или боевых искусств, д) охотой, е) ездой на мотоцикле, верховой ездой <b>(необходимое подчеркнуть)</b> любыми другими опасными видами спорта?	<input type="checkbox"/> - да, <input type="checkbox"/> - нет
	Принимаете ли Вы участие в любых видах соревнований, гонок (в том числе автомобильных)?	<input type="checkbox"/> - да, <input type="checkbox"/> - нет
9	Есть ли другие факторы, которые не были еще упомянуты в вышеуказанных разделах и которые могут повлиять на риск возникновения у Вас проблем со здоровьем, риск наступления несчастного случая?	<input type="checkbox"/> - да, <input type="checkbox"/> - нет
10	Связана ли Ваша профессиональная деятельность сейчас или была связана ранее с вредным или опасным производством?	<input type="checkbox"/> - да, <input type="checkbox"/> - нет
	Застрахована ли Ваша жизнь или здоровье в других компаниях ?	<input type="checkbox"/> - да, <input type="checkbox"/> - нет
11	Ваш рост _____ см, Ваш вес _____ кг. Подвергался ли Ваш вес колебаниям более чем на 5 кг в течение последнего года?	<input type="checkbox"/> - да, <input type="checkbox"/> - нет
	<b>Информация за последние 12 месяцев:</b> Курите ли Вы? (сигарет, папирос, трубок <b>в день</b> – нужное подчеркнуть), Употребляете ли спиртное? _____ пива (грамм в неделю), _____ вина (г. в неделю), _____ водки или напитков > 40° (г. в неделю), Употребляете ли Вы (или назначали ли Вам) какие-либо медикаменты (в том числе антидепрессанты, успокоительные, транквилизаторы, снотворные, болеутоляющие, наркотические, гормональные вещества)? _____ (что именно и причина)	<input type="checkbox"/> - да, <input type="checkbox"/> - нет
12	Употребляли ли Вы табак, спиртное, наркотические вещества (с целью лечения или с иной целью) в количествах больших, чем сейчас?	<input type="checkbox"/> - да, <input type="checkbox"/> - нет

13	Имеете ли Вы в настоящий момент, либо имели в прошлом, инвалидность? Какой группы? Как давно? По какой причине?	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
Артериальное давление (мм.рт.ст.) : верхнее _____ нижнее _____		
<b>Вы имели когда-либо или имеете следующие хронические или врожденные заболевания:</b>		<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
14	Расстройство деятельности сердца: ишемическая болезнь, ревматизм, шумы в сердце, боли за грудиной, затрудненность дыхания, сердцебиение и т.д.?	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
15	Повышенное артериальное давление, заболевание кровеносных сосудов, нарушение кровообращения? (артериит, тромбоз, тромбоз и т.д.)	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
16	Заболевания легких или дыхательных путей: астма, бронхит, навязчивый кашель, туберкулез, пневмония и т.д.?	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
17	Расстройство пищеварительной системы, желчного пузыря или печени: гастрит (подозрение на него), язва, часто повторяющиеся нарушения пищеварения, отрыжка, изжога, боли и т.д. ?	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
18	Заболевания почек, мочеполовой системы: частые отеки, белок в моче, камни, простатит, венерические болезни и т.д. ?	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
19	Проходили ли Вы консультации, тесты (кроме профилактических, с отрицательным результатом), лечение в связи со СПИД, нарушениями, связанными со СПИД, другими заболеваниями, передаваемыми половым путем или внутривенно, включая гепатиты?	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
20	Какие-либо нервные или психические расстройства: эпилепсия, провалы в памяти, параличи и т.д.? Отмечались ли у Вас случаи потери сознания? Состоите ли Вы/состояли ли Вы на учете у невропатолога или психиатра, проходили ли лечение в психоневрологических/психиатрических клиниках? Лечились ли Вы когда-либо от алкоголизма, наркомании, токсикомании? Делали ли Вы попытки к самоубийству?	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
21	Заболевания уха, горла, носа, глаз: дефекты зрения (в том числе близорукость, дальнозоркость – более 6 диоптрий), хронические отит, тонзиллит или ангина, нарушение зрения и т.д. ? (Исключаются гриппы, ОРВИ, детские инфекционные болезни, не оставившие последствий).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
22	Заболевания мышц, костей, связок, суставов, позвоночника: остеопороз, остеохондроз, миозит, артрит, ревматизм, подагра, смещение дисков или позвонков, какие-либо ограничения двигательных функций и т.п.?	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
23	Заболевания, повышенное содержание сахара в крови, увеличение щитовидной железы, другие эндокринные нарушения и заболевания желез?	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
24	Какие-либо заболевания крови? Рак, новообразования или опухоли любого вида? Подвергались ли Вы радио- или химиотерапии?	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
25	Заболевания женских органов (молочной железы, яичников, матки), осложненная беременность и роды (кесарево сечение, выкидыши).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
26	Дата рождения Вашего последнего ребенка: _____ . Вы беременны сейчас?	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
27	Стационарное лечение, обращения к врачам-специалистам по поводу недомогания (кроме стоматолога; ОРВИ, гриппа), вызовы «скорой», специальные обследования (УЗИ, рентген, ЭКГ и др.) в связи с заболеваниями, обнаружены ли отклонения от нормы? - за последние 5 лет.	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
28	Острые аллергические реакции? Любые другие хронические или врожденные заболевания, операции, группа инвалидности?	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
29	Предполагаете ли Вы необходимость обратиться к врачу (кроме стоматолога; ОРВИ, гриппа) по поводу заболевания ближайšie 6 месяцев?	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
30	Страдали ли в возрасте до 60 лет от диабета, рака, инсульта, заболеваний сердца, повышенного давления, заболеваний почек, психических и прочих наследственных заболеваний Ваши родители, братья или сестры, живые или умершие.	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
31	Были ли Вы связаны с радиоактивными материалами и подвергались ли Вы облучению выше установленных норм?	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
32	Когда Вы последний раз проходили диспансеризацию? _____	Обнаружены ли отклонения от нормы? <input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет

Если Вы ответили на любой из вопросов Анкеты "да", внесите в таблицу номер вопроса и дайте подробный ответ на вопрос общего (наличие договоров страхования, хобби и т.д.) или медицинского характера (точный диагноз, дата его постановки, проведенное или проводимое лечение, исследования и их результаты).

№ ВОПРОСОВ	ПОДРОБНЫЕ ОТВЕТЫ

**IV. Страхование объекта недвижимости**

<input type="checkbox"/> - квартира	<input type="checkbox"/> - жилой дом	<input type="checkbox"/> - страхование с отделкой	<input type="checkbox"/> - страхование без отделки
Материал стен:	<input type="checkbox"/> - ж/б панели, монолит <input type="checkbox"/> - кирпич, блоки, камень <input type="checkbox"/> - дерево <input type="checkbox"/> - смешанное		
Вид междуэтажных перекрытий:	<input type="checkbox"/> - ж/б <input type="checkbox"/> - деревянные <input type="checkbox"/> - дерево и металл		
Защитные мероприятия:	<input type="checkbox"/> - Имеется исправная охранная сигнализация, выведенная на пульт, находящийся под круглосуточным наблюдением <input type="checkbox"/> - Имеется исправная пожарная сигнализация, выведенная на пульт, находящийся под круглосуточным наблюдением		

Заемщик/Созаемщик : \_\_\_\_\_ подпись: \_\_\_\_\_  
 Тариф по страхованию жизни \_\_\_\_\_ %