САҚТАНДЫРУ КОМПАНИЯСЫ
NOMAD LIFE
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ

Заполнение заявления на страхование

САҚТАНДЫРУ КОМПАНИЯСЫ
NOMAD LIFE
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ

5. Бланк-опросник (только для застрахованного)

Ваши ответы на предлагаемые ниже вопросы являются основным критерием для оценки страхового риска, поэтому просим Вас предоставить на них достоверные и исчерпывающие ответы, а также всю дополнительную информацию, которая могла бы повлиять на принятие решения страховой организацией.

Ответы на следующие вопросы, пожалуйста, отметьте галочкой. Укажите, пожалуйста, в приложении подробности: уточните диагнозы, даты обращения к врачу, мед. учреждения, в которых проходили обследования и лечения, результат лечения.

Ваш рост:_____(см) Вес:_____(кг)

1. Имеется ли у Вас инвалидность 1,2,3 группы, либо имелась ранее (нужное подчеркнуть)? (укажите какая именно)
□ нет □ да □ 1 группа □ 2 группа □ 3 группа

2. Имеются ли у Вас какие-либо психиатрические заболевания, либо имелись ранее (нужное подчеркнуть) (невроз, шизофрения, мании, галлюцинации, бредовые состояния и пр.)?
□ нет □ да (укажите какое именно) _____

3. Имеются ли у Вас заболевания нервной системы, либо имелись ранее (нужное подчеркнуть) (эпилепсия, гидроцефалия, внутричерепная гипертензия, расстройства мозгового кровообращения и пр.)?
□ нет □ да (укажите какое именно) _____

4. Имеются ли заболевания крови, либо имелись ранее (нужное подчеркнуть) (гемофилия, пернициозная анемия, серповидноклеточная анемия, железодефицитная анемия и пр.)?
□ нет □ да (укажите какое именно) _____

5. Имеются ли заболевания органов дыхания, либо имелись ранее (нужное подчеркнуть) (астма, бронхиты, плевриты, пневмонии, туберкулез и пр.)?
□ нет □ да (укажите какое именно) _____

6. Имеется ли у Вас заболевание сердечно-сосудистой системы, либо имелись ранее (нужное подчеркнуть) (аневризма сердца, артериальная гипертензия, гипотония, инфаркт миокарда, стенокардия, миокардит и пр.)?
□ нет □ да (укажите какое именно) _____

7. Имеется ли у Вас заболевания органов пищеварения, либо имелись ранее (нужное подчеркнуть) (атрезия пищевода, болезнь Крона, гастрит, дискинезия желчных путей, желчнокаменная болезнь, панкреатит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки и пр.)?
□ нет □ да (укажите какое именно) _____

8. Имеется ли у Вас заболевания эндокринной системы, либо имелись ранее (нужное подчеркнуть) (акромегалия гипертиреоз, сахарный диабет, синдром Кушинга, гипотиреоз и пр.)?
□ нет □ да (укажите какое именно) _____

9. Имеются ли у Вас заболевания печени, либо имелись ранее (нужное подчеркнуть) (абсцесс печени, гепатит А, В, цирроз печени и пр.)?
□ нет □ да (укажите какое именно) _____

10. Имеется ли у Вас СПИД или ВИЧ инфекция?
□ нет □ да

11. Отмечается ли у Вас заболевания органов мочевыделительной системы, либо имелись ранее (нужное подчеркнуть) (гломерулонефрит, нефролитиаз, цистит, пиелонефрит и пр.)?
□ нет □ да (укажите какое именно) _____

12. Имеются ли у Вас заболевания органов зрения, либо имелись ранее (нужное подчеркнуть) (глаукома, конъюнктивит, отслойка сетчатки, слепота, дальнозоркость и пр.)?
□ нет □ да (укажите какое именно) _____

13. Имеются ли у Вас заболевания лор-органов, либо имелись ранее (нужное подчеркнуть) (аденоиды, хр тонзиллит, отит, полипы придаточных пазух носа, потеря слуха, синуситы)?
□ нет □ да (укажите какое именно) _____

14. Отмечается ли нарушение функции опорно-двигательного аппарата, либо имелись ранее (нужное подчеркнуть) (остеомиелит, остеохондроз, артриты, артрозы, бурситы и пр.)?
□ нет □ да (укажите какое именно) _____

15. Имеется ли у Вас заболевание кожи, либо имелись ранее (нужное подчеркнуть) (дерматит, дерматомикоз, системная-кожий микоз и пр.)?
□ нет □ да (укажите какое именно) _____

16. Отмечались ли какие-либо повреждения, травмы, либо имелись ранее (нужное подчеркнуть) (повреждения брюшной стенки, грудной стенки, травма позвоночника, сокоги и пр.)?
□ нет □ да (укажите какое именно) _____

17. Имеются ли у Вас какие-либо врожденные заболевания (аномалии Фалло, врожденное слияние почек и пр.)?
□ нет □ да (укажите какое именно) _____

18. Имеются ли у Вас заболевания половых органов, либо имелись ранее (нужное подчеркнуть)? (фимоз, криптерхизм, паховая грыжа, водянка яичка, вульвовагинит, вульвит и пр.)
□ нет □ да (укажите какое именно) _____

19. Страдаете ли Вы диффузными заболеваниями соединительной ткани, либо страдали ранее (нужное подчеркнуть) (дерматомиозит, системная красная волчанка и пр.)?
□ нет □ да (укажите какое именно) _____

Бланк-опросник заполняется по информации, полученной от Застрахованного лица, не от Страхователя.

Если на какой-либо из вопросов указан ответ «да», необходимо заполнение Приложения №1 к заявлению на страхование. По каждому пункту, где указан ответ «да», заполняется отдельное приложение.