

Заполнение заявления на страхование

САҚТАНДЫРУ КОМПАНИЯСЫ
NOMAD
L I F E
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ

Б. Бланк-опросник (только для застрахованного)

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

Ответы на следующие вопросы, пожалуйста, отметьте галочкой. Укажите, пожалуйста, с максимальной подробностью: укажите размеры, даты обращения к врачу, месту, укреплению, и которые привели к обострению и лечению, результаты лечения.

Ваш рост: (см) _____ Вес: (кг) _____

1. Имелась ли у Вас инвалидность 1, 2, 3 группы, либо имелась ранее (нужное подчеркнуть) (укажите какое именно)
☐ нет ☐ да ☐ 1 группа ☐ 2 группа ☐ 3 группа

2. Имелась ли у Вас какое-либо хроническое заболевание, либо имелась ранее (нужное подчеркнуть) (анорексия, анортофия, мания, психопатия, эпилепсия, бредовые состояния и пр.)?
☐ нет ☐ да (укажите какое именно)

3. Имелась ли у Вас заболевания нервной системы, либо имелась ранее (нужное подчеркнуть) (эпилепсия, гидроцефалия, инсульт, эпилепсия, некроз, расстройства мозгового кровообращения и пр.)?
☐ нет ☐ да (укажите какое именно)

4. Имелась ли у Вас заболевания крови, либо имелась ранее (нужное подчеркнуть) (геморрагия, периферическая анемия, серповидно-клеточная анемия, желтожелтушная анемия и пр.)?
☐ нет ☐ да (укажите какое именно)

5. Имелась ли у Вас заболевания органов дыхания, либо имелась ранее (нужное подчеркнуть) (астма, бронхит, пневмония, туберкулез и пр.)?
☐ нет ☐ да (укажите какое именно)

6. Имелась ли у Вас заболевания сердечно-сосудистой системы, либо имелась ранее (нужное подчеркнуть) (аноризм сердца, атеросклероз, перикардит, гипертония, инфаркт миокарда, стенокардия, миокардит и пр.)?
☐ нет ☐ да (укажите какое именно)

7. Имелась ли у Вас заболевания органов пищеварения, либо имелась ранее (нужное подчеркнуть) (гепатит, гастрит, язвенная болезнь желудка, дуоденальная язва, гастроэзофагеальный рефлюкс, гастроэнтерит, гастроэнтероколит, гастроэнтеропатия, гастроэнтеропатия, гастроэнтеропатия, гастроэнтеропатия и пр.)?
☐ нет ☐ да (укажите какое именно)

8. Имелась ли у Вас заболевания эндокринной системы, либо имелась ранее (нужное подчеркнуть) (сахарный диабет, гипотиреоз и пр.)?
☐ нет ☐ да (укажите какое именно)

9. Имелась ли у Вас заболевания почек, либо имелась ранее (нужное подчеркнуть) (абсцесс почки, гломерулонефрит, пиелонефрит и пр.)?
☐ нет ☐ да (укажите какое именно)

10. Имелась ли у Вас СПИД или ВИЧ инфекция?
☐ нет ☐ да

11. Сталкивались ли у Вас заболевания органов мочеполовой системы, либо имелась ранее (нужное подчеркнуть) (простатит, цистит, пиелонефрит и пр.)?
☐ нет ☐ да (укажите какое именно)

12. Имелась ли у Вас заболевания органов зрения, либо имелась ранее (нужное подчеркнуть) (миопия, близорукость, глаукома, слепота, дальнозоркость и пр.)?
☐ нет ☐ да (укажите какое именно)

13. Имелась ли у Вас заболевания полости рта, либо имелась ранее (нужное подчеркнуть) (кариес, пародонтоз, гингивит, стоматит, пародонтоз, гингивит, стоматит, пародонтоз, гингивит, стоматит и пр.)?
☐ нет ☐ да (укажите какое именно)

14. Сталкивались ли с нарушениями функции опорно-двигательного аппарата, либо имелась ранее (нужное подчеркнуть) (остеомиелит, остеоартроз, артроз, артрит, бурсит и пр.)?
☐ нет ☐ да (укажите какое именно)

15. Имелась ли у Вас заболевания кожи, либо имелась ранее (нужное подчеркнуть) (дерматит, дерматоз, псориаз, систематический микоз и пр.)?
☐ нет ☐ да (укажите какое именно)

16. Сталкивались ли с какими-либо заболеваниями, либо имелась ранее (нужное подчеркнуть) (псориаз, дерматит, экзема, псориаз, дерматит, экзема, псориаз, дерматит, экзема и пр.)?
☐ нет ☐ да (укажите какое именно)

17. Имелась ли у Вас какие-либо врожденные заболевания (аномалии развития, врожденные пороки и пр.)?
☐ нет ☐ да (укажите какое именно)

18. Имелась ли у Вас заболевания половых органов, либо имелась ранее (нужное подчеркнуть) (фиброз, кистоз, простатит, лейкоплакия, лейкоплакия, лейкоплакия, лейкоплакия и пр.)?
☐ нет ☐ да (укажите какое именно)

19. Страдали ли Вы диффузными заболеваниями соединительной ткани, либо имелись ранее (нужное подчеркнуть) (дерматомикоз, 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.