

ЗАЯВЛЕНИЕ-АНКЕТА НА СТРАХОВАНИЕ

В страховую компанию « _____ »

от « ____ » _____ 200__ 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"/> - КИТ-финанс; <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
3	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
	(необходимое подчеркнуть)	
4	Другая работа, связанная с повышенным риском? (указать какая):	<input type="checkbox"/> - да, <input type="checkbox"/> - нет
5	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? (необходимое подчеркнуть)	<input type="checkbox"/> - да, <input type="checkbox"/> - нет
6	Требуется ли Ваша работа каких-либо специальных лицензий (кроме удостоверения водителя автомобиля или общественного транспорта)?	<input type="checkbox"/> - да, <input type="checkbox"/> - нет
7	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 (необходимое подчеркнуть) любыми другими опасными видами спорта?	<input type="checkbox"/> - да, <input type="checkbox"/> - нет
	8	Принимаете ли Вы участие в любых видах соревнований, гонок (в том числе автомобильных)?
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
	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
	Информация за последние 12 месяцев: Курите ли Вы? (сигарет, папирос, трубок в день – 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

