



АНДЕРРАЙТИНГОВА (МЕДИЧНА) АНКЕТА

(Додаток до Полісу № від / / р.)

Дата заповнення / / р.

СТРАХУВАЛЬНИК:

Прізвище _____ Ім'я _____
По-батькові _____ Дата народження / / р.
Місце роботи: _____
Посада/обов'язки: _____
Зріст: см Вага: кг Тиск: /

ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА:

Прізвище _____ Ім'я _____
По-батькові _____ Дата народження / / р.
Місце роботи: _____
Посада/обов'язки: _____
Зріст: см Вага: кг Тиск: /

Будь ласка, дайте відповідь «ТАК» або «НІ» на наступні питання:	СТРАХУВАЛЬНИК		ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА	
	ТАК <small>(у разі позитивної відповіді, надайте письмові роз'яснення та копії документів)</small>	НІ	ТАК <small>(у разі позитивної відповіді, надайте письмові роз'яснення та копії документів)</small>	НІ
1 Чи маєте Ви на даний момент групу інвалідності або ознаки стійкої непрацездатності? _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Яка група? Причина виникнення?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Яка група? Причина виникнення?	<input type="checkbox"/>
2 Було у Вас діагностовано онкологічне захворювання впродовж останніх десяти років?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Чи перебуваєте Ви на обліку в психоневрологічному, наркологічному, онкологічному, протитуберкульозному, шкірвенерологічному або інших спеціалізованих диспансерах, в центрі профілактики і боротьби з СНІДом?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Чи проходили Ви лікування, медичне обстеження або були госпіталізовані у зв'язку із вживанням алкоголю?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Чи проходили Ви лікування від наступних захворювань? Якщо так, вкажіть рік виникнення захворювання, діагноз і ступінь захворювання на даний момент (потрібне підкреслити):				
а) високий тиск крові, інсульт, інфаркт або інші серцево-судинні хвороби, туберкульоз, астма, пневмонія або інші захворювання легенів?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
б) хвороби нирок, сечового міхура або сечостатевої системи, гастрит, коліт, виразка шлунку або інші порушення системи травлення?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в) діабет або будь-які хвороби підшлункової залози і печінки, анемія, інші захворювання крові і лімфатичної системи?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
г) ревматизм, артрит, подагра або інші хвороби кісток і суглобів, епілепсія, втрата свідомості або інші неврологічні або психічні захворювання?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
д) захворювання, що передаються статевим шляхом, включаючи гепатити, інші захворювання, які не входять у вищезазначений перелік?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6	Чи маєте Ви на даний час скарги на здоров'я, з якими Ви маєте намір звернутися до лікаря? Якщо так, опишіть, якого роду скарги:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Чи перенесли Ви у минулому оперативне втручання, чи постраждали Ви в наслідку нещасного випадку, або маєте які-небудь фізичні вади або ушкодження?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	(Для жінок) чи Вагітні Ви? Якщо так, вкажіть термін: _____ (тижнів) і опишіть, як проходить вагітність, чи не було загрози переривання? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	(Для жінок) У Вас є захворювання молочних залоз, гінекологічні хвороби?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Чи має або мав хтось з Ваших найближчих родичів високий тиск крові, цукровий діабет, захворювання серця, психічні хвороби, пухлини? Якщо так, вкажіть ступінь споріднення і діагноз.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Чи є лікар або поліклініка, куди Ви постійно звертаєтесь за медичними послугами? Якщо так, вкажіть П.І.Б. лікаря/ назву установи, адресу і телефон.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Чи палите Ви? Якщо так, то _____ шт. цигарок на день <input type="checkbox"/> / на тиждень <input type="checkbox"/> Як давно? _____ Якщо Ви кинули палити, зазначте, як давно та причину: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Чи вживаєте Ви алкогольні напої? Якщо так, то вкажіть кількість/вид (міцні напої, вино, пиво) _____ л. в день <input type="checkbox"/> /на тиждень <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Чи займаєтесь Ви спортом? Якщо так, то яким видом? _____ З якою регулярністю? _____ професійно <input type="checkbox"/> / оздоровчо <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Чи займаєтесь Ви або плануєте займатися: альпінізмом, авто-, мотоспортом, кінним спортом, дайвінгом, повітряним спортом, бойовими єдиноборствами, стрільбою або іншими екстремальними видами спорту? Якщо так, то яким? _____ З якою регулярністю? _____ Професійно? Так <input type="checkbox"/> / Ні <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Чи плануєте Ви найближчим часом поїздку за кордон? Якщо так, то вкажіть: Країну _____ Ціль поїздки: _____ Вид транспорту _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Чи була коли-небудь відхилена або прийнята на особливих умовах Ваша заява на страхування? Якщо так, вкажіть коли, назва страхової компанії і причини. _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Чи маєте Ви або мали укладений договір страхування життя, чи подавали заяву на його укладення? Якщо так, вкажіть коли, назва страхової компанії, розмір страхової суми, термін дії Договору страхування: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Страховальник	_____ (_____ (Підпис) (П.І.Б.)
----------------------	-----------------------------------

Застрахована особа	_____ (_____ (Підпис) (П.І.Б.)
---------------------------	-----------------------------------