



Андеррайтингова (медична) анкета
до Договору добровільного страхування життя/
Заяви на страхування

№

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ТДВ «СК «ГЛІ»
вул. Кирилівська, буд. 160Б, оф. 40, м. Київ, 04073
+38 044 222 69 39
www.gli.com.ua, info@gli.com.ua

Страховальник

Застрахована особа

ПІБ		ПІБ	
Дата народження	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	Дата народження	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
Місце роботи	<input type="text"/>	Місце роботи	<input type="text"/>
Посада	<input type="text"/>	Посада	<input type="text"/>
Обов'язки	<input type="text"/>	Обов'язки	<input type="text"/>
Зріст (см) _____ Вага (кг) _____		Зріст (см) _____ Вага (кг) _____	
Сукупний дохід за місяць _____ грн		Сукупний дохід за місяць _____ грн	
Чистий дохід за місяць _____ грн		Чистий дохід за місяць _____ грн	

Я - Застрахована Особа / Страховальник - заявляю, що:

1	Я не є непрацездатним та мені ніколи не було встановлено інвалідність.
2	У мене ніколи не було діагностовано онкологічне захворювання.
3	Я ніколи не перебував на обліку в психоневрологічному, наркологічному, онкологічному, протитуберкульозному, шкірно-венерологічному або інших спеціалізованих диспансерах, в центрі профілактики і боротьби зі СНІДом.
4	Я ніколи не проходив лікування, медичне обстеження та не був госпіталізований у зв'язку із вживанням алкоголю.
5	Я не проходив лікування та не маю наступних захворювань:
5.1	високий тиск крові, інсульт, інфаркт або інші серцево-судинні хвороби, туберкульоз, астма, пневмонія або інші захворювання легень
5.2	хвороби нирок, сечового міхура або сечостатевої системи, гастрит, коліт, виразка шлунку або інші порушення системи травлення
5.3	діабет або будь-які хвороби підшлункової залози і печінки, анемія, інші захворювання крові і лімфатичної системи
5.4	ревматизм, артрит, подагра або інші хвороби кісток і суглобів, епілепсія, втрата свідомості або інші неврологічні або психічні захворювання
5.5	захворювання, що передаються статевим шляхом, включаючи гепатити, інші захворювання, які не входять у вищезазначений перелік
6	Зараз я не маю скарг на здоров'я, з якими я маю намір звернутися до лікаря.
7	Я не переносив у минулому оперативні втручання, не отримував ушкодження внаслідок нещасного випадку, не маю фізичних вад або ушкоджень.
8	(Для жінок) Я зараз не вагітна. Якщо вагітна, то перебіг вагітності відбувається без ускладнень, загроз переривання вагітності не було.
9	(Для жінок) Я не маю захворювань молочних залоз, гінекологічні хвороби.
10	У моїх найближчих родичів не було діагностовано високий тиск крові, цукровий діабет, захворювання серця, психічні хвороби, пухлини, інші тяжкі захворювання (якщо ні – зазначте ступінь рідства, вік та діагноз/причину смерті).
11	Заяву про страхування, подану мною, жодного разу не було відхилено або прийнято на спеціальних умовах.
Чи погоджуєтесь Ви з пп. 1-11?	
Страховальник	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Застрахована особа	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні

Я не погоджуюсь лише з такими пунктами та надаю таку додаткову інформацію та медичні висновки:

(Увага! Обов'язково зазначте пункт анкети та зазначте особу, щодо якої наводиться додаткова інформація. У разі такої необхідності скористайтесь додатковим аркушем, засвідчіть його власним підписом, зазначте дату підписання та додайте до цієї анкети. Надайте необхідні документи, за необхідності.)

Будь ласка, дайте відповіді на наступні питання. Якщо Ви відповідаєте «Так» на питання, прохання надавати додаткові роз'яснення та, за наявності, відповідні документи.			
		Страховальник	Застрахована особа
12	Чи є лікар або поліклініка, куди Ви постійно звертаєтесь за медичними послугами?	<input type="checkbox"/> Так, ПІБ лікаря _____ назва _____ адреса _____ телефон _____ <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так, ПІБ лікаря _____ назва _____ адреса _____ телефон _____ <input type="checkbox"/> Ні
13	Чи палите Ви? Якщо так, вкажіть середню кількість цигарок, сигар або інших тютюнових виробів, які Ви споживаєте зараз або споживали протягом останніх 24 місяців <u>на день</u> ?	<input type="checkbox"/> Так, _____ шт. <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так, _____ шт. <input type="checkbox"/> Ні
14	Чи вживаєте Ви алкогольні напої: міцні напої, вино, пиво (необхідне підкреслити)?	<input type="checkbox"/> Так, _____ л на тиждень <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так, _____ л на тиждень <input type="checkbox"/> Ні
15	Чи займаєтесь Ви спортом?	<input type="checkbox"/> Так: вид _____ регулярність _____ <input type="checkbox"/> професійно / <input type="checkbox"/> оздоровчо <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так: вид _____ регулярність _____ <input type="checkbox"/> професійно / <input type="checkbox"/> оздоровчо <input type="checkbox"/> Ні
16	Чи займаєтесь Ви або плануєте займатися: альпінізмом, авто-, мотоспортом, кінним спортом, дайвінгом, повітряним спортом, бойовими єдиноборствами, стрільбою або іншими екстремальними видами спорту?	<input type="checkbox"/> Так: вид _____ регулярність _____ <input type="checkbox"/> професійно / <input type="checkbox"/> оздоровчо <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так: вид _____ регулярність _____ <input type="checkbox"/> професійно / <input type="checkbox"/> оздоровчо <input type="checkbox"/> Ні
17	Чи плануєте Ви найближчим часом поїздки за кордон?	<input type="checkbox"/> Так: країна _____ ціль _____ транспорт _____ <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так: країна _____ ціль _____ транспорт _____ <input type="checkbox"/> Ні
18	Чи маєте Ви або мали укладений договір страхування життя в <u>іншій страховій компанії</u> , чи подавали заяву на його укладення?	<input type="checkbox"/> Так, коли _____ назва компанії _____ термін дії _____ страхова сума _____ <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так, коли _____ назва компанії _____ термін дії _____ страхова сума _____ <input type="checkbox"/> Ні

Страховальник:

Я підтверджую, що мої ідентифікаційні дані (паспортні дані, адреса реєстрації) не змінилися.

Я підтверджую, що мої ідентифікаційні дані змінилися. Копію паспорта додаю.

Я є національним або іноземним публічним діячем чи діячем, що виконує політичні функції в міжнародних організаціях, або пов'язаною з ними особою. Заповнений опитувальник додаю.

Застрахована особа (батьки/піклувальники/опікуни Застрахованої особи, якщо вона є неповнолітньою): «Із запропонованими змінами згоден(-на)»

_____/_____
(підпис) (ініціали та прізвище)

_____/_____
(підпис) (ініціали та прізвище)

Дата підписання:

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

Дата підписання:

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---