

«Мемлекеттік аннуитеттік компания»
өмірді сақтандыру компаниясы»
акционерлік қоғамының
Директорлар кеңесінің
2009 жылғы «05» қазандағы
№ 77 шешімімен
БЕКІТІЛГЕН

**«Мемлекеттік аннуитеттік компания» өмірді сақтандыру компаниясы» АҚ-да
қарыз алушылардың өмірін және еңбекке қабілеттілігін
мерзімді сақтандыру қағидаларына
ӨЗГЕРІСТЕР МЕН ТОЛЫҚТЫРУЛАР**

1. «Мемлекеттік аннуитеттік компания» өмірді сақтандыру компаниясы» АҚ Директорлар кеңесінің 2006 жылғы «05» шілдедегі № 05 шешімімен бекітілген «Мемлекеттік аннуитеттік компания» өмірді сақтандыру компаниясы» АҚ-да қарыз алушылардың өмірін және еңбекке қабілеттілігін мерзімді сақтандыру қағидаларынамынадай өзгерістер мен толықтырулар енгізілсін:

1) мәтін бойынша:

- «жазатайым оқиға немесе ауру нәтижесінде» деген сөздер «кез келген себеппен» деген сөздермен ауыстырылсын;

- «қайта қаржыландыру ставкасы мөлшерінде» деген сөздер «қайта қаржыландыру ставкасына сәйкес» деген сөздермен ауыстырылсын;

2) 8-тармақтағы «қайтаруға жатады» деген сөздерден кейін «Сақтандырушының шығыстары шегеріле отырып» деген сөздермен толықтырылсын.»;

3) 14-тармақтағы «сақтандыру шарты жасалғаннан кейін» деген сөздер «және бірінші сақтандыру жарнасын төлегеннен» деген сөздермен толықтырылсын;

4) 16-тармақтағы «- сақтандыру шартын бұзу» деген сөздерден кейін «Сақтандырушының шығыстарын шегере отырып» деген сөздермен толықтырылсын;

5) мынадай мазмұндағы 17-1-тармақпен толықтырылсын «17-1. Аталған оқиғаның (оқиғалардың) басталуына себеп болған жазатайы оқиға басталған күннен бастап 6 немесе одан да көп ай өткен соң басталса, осы Қағидалардың 17-тармағында және 11-таруында көзделген оқиға/оқиғалар сақтандыру жағдайы болып табылмайды және Сақтандырушының сақтандыру төлемін жүзеге асыруына алып келмейді.»;

6) 27-тармақтағы «мерзімі өткен» деген сөз «кейінге қалдырылған» деген сөзбен ауыстырылсын;

7) 29-тармақтың үшінші абзацы мынадай редакцияда жазылсын: «- сақтандыру шарты қалпына келтірілген жағдайда кейінге қалдыру кезеңі аяқталғаннан кейін есептелетін сақтандыру жарналарының мерзімін өткізіп төлегені үшін өсімпұл (өсімпұл Қазақстан Республикасының Ұлттық Банкі өсімпұл төленген күнге белгілеген қайта қаржыландыру ставкасына сәйкес мерзімі өткен әрбір күн үшін есептеледі);»;

8) 31-тармақтағы «Пайда алушы» деген сөз «Сақтанушы» деген сөзбен ауыстырылсын;

9) 36-тармақтағы «Сақтанушы» деген сөз «Сақтандырушы» деген сөзбен ауыстырылсын;

10) 43-тармақ мынадай мазмұндағы жетінші абзацпен толықтырылсын: «- Сақтандырушының шығыстарын шегере отырып, сақтандыру сыйлықақыларын қайтаруға.»;

11) 45-тармақ мынадай мазмұндағы бесінші абзацпен толықтырылсын: «- Сақтандырушыға сақтандыру полисін қол қоюға алған күннен бастап 30 (отыз) жұмыс күні ішінде сақтандыру полисін алғаны туралы хабарлама беруге»;

12) 47-тармақтағы «және» деген сөз «немесе» деген сөзбен ауыстырылсын;

13) 51-тармақтағы «Сақтандырылушы мен пайда алушы арасындағы қарыз шартының талаптарына сәйкес» деген сөздер «мүгедектіктің бірінші немесе екінші тобын белгілеу мерзімі ішінде» деген сөздермен толықтырылсын.»;

14) 57-тармақтың 2) тармақшасы мынадай редакцияда жазылсын: «2) мүгедектіктің бірінші немесе екінші тобын алу»;

15) 58-тармақтың үшінші абзацындағы «оның ішінде уәкілетті мемлекеттік орган белгілеген мүгедектік тобын тексеру және растау үшін» деген сөздер «сондай-ақ халықты әлеуметтік қорғау саласындағы уәкілетті органның аумақтық бөлімшесінде растау» деген сөздермен ауыстырылсын;

16) 63-тармақтың бесінші абзацындағы «- Сақтандырылушының еңбекке қабілеттігін қалпына келтіру (мүгедектікті оңалту)» деген сөздер «мүгедектіктің бірінші немесе екінші тобыс алып тастау» деген сөздермен ауыстырылсын;

17) 64-тармақ мынадай редакцияда жазылсын: «64. Сақтандыру шарты:

- Сақтанушының қарызды өтеуіне байланысты Сақтандырушының шығыстарын шегергенде Сақтанушының сақтандыру сыйлықақысын қайтаруды жүзеге асыру туралы өтініші бойынша;

- Сақтандырушының талабы бойынша Сақтанушының сақтандыру сыйлықақыларын қайтаруды жүзеге асырмай сақтандыру шарты бойынша өз міндеттерін орындамауына байланысты оның қолданылу мерзімі аяқталғанға дейін бұзылуы мүмкін.»;

18) Мынадай мазмұндағы «13-1. Форс-мажор» деген 13-1-тараумен толықтырылсын:
«65-1. Тараптар өрт, дүлей зілзалалар, соғыс, кез келген сипаттағы әскери операциялар, жаппай тәртіпсіздіктер, ереуілдер, блокада, экспортқа немесе импортқа тыйым салу, мемлекеттік органның нормативтік актіні немесе тараптарға тәуелді емес басқа да мән-жайларды қабылдауы салдарынан сақтандыру шарты бойынша міндеттемелерді толық немесе ішінара орындамағаны үшін жауапты болмайды. Міндеттемелерді орындау мерзімі осындай мән-жайлар қолданылатын уақытқа сәйкес кейінге қалдырылады.»;

19) Сақтандыру полисі бланкісінің 4-тармағы мынадай редакцияда жазылсын:
«Сақтандыру жағдайы: кез келген себеппен қайтыс болу немесе жазатайым оқиға немесе ауру салдарынан 1 немесе 2-топтағы мүгедектік»;

20) Қағидалардың № 1 қосымшасы мынадай редакцияда жазылсын:

Агентство _____ **ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВАНИЕ №**

Раб. тел. _____ Моб. тел. _____ E- _____
Постоянный адрес: _____
Фамилия, имя, отчество: _____
Дата рождения (степень застрахованный): _____ г. Образование: _____ Серия _____ № _____ Стаж работы по специальности _____
Место работы: _____ Должность: _____
Фамилия, имя, отчество: _____ Девичья фамилия (для женщин) _____
Семейное положение: _____
Характер взаимоотношений (степень родства) страхователя и страхуемого лица (застрахованного) _____
Дата рождения: « _ » _____ г. Образование: _____ Стаж работы по специальности: _____
Семейное положение: _____ Девичья фамилия {для женщин} _____
Постоянный адрес: _____
Место работы: _____ Должность: _____
Раб. тел. _____ Дом. тел. _____ Моб. тел. _____ E-mail: _____
Документ, удостоверяющий личность: _____ Серия _____ № _____ Выдан _____ РНН _____

3. Описание запрашиваемой страховой защиты:
Продукт: ☐ Долгосрочное страхование жизни и трудоспособности (Королевский стандарт); ☐ Страхование жизни и трудоспособности заемщиков АО «Компания по страхованию жизни «Государственная аннуитетная компания»

4. Основные и дополнительные покрытия для Страхуемого лица (Застрахованного)

Долгосрочное накопительное страхование жизни и трудоспособности

Основное покрытие: - смерть по любой причине;

- дожитие до окончания действия

договора Дополнительные покрытия;

☐ смерть в результате несчастного случая с выплатой в двойном размере от страховой суммы;

Из указанных ниже дополнительных покрытий можно выбрать только одно:

☐ Инвалидность 1-ой или 2-ой группы в результате несчастного случая с выплатой 80 % от страховой суммы;

☐ Инвалидность 1-ой или 2-ой группы по любой причине с освобождением от уплаты дальнейших страховых взносов на срок установления инвалидности;

☐ Утрата трудоспособности в результате несчастного случая с выплатой в соответствии с Таблицей страховых выплат;

Дополнительное условие:

☐ Возврат страховых премий при смерти ребенка (Ребенок - единственный выгодоприобретатель, и его возраст до 9 лет)

Срочное страхование жизни и трудоспособности

Основное покрытие: - смерть по любой причине;

Дополнительные покрытия:

☐ смерть в результате несчастного случая с выплатой в двойном размере от страховой суммы;

Из указанных ниже дополнительных покрытий можно выбрать только одно:

☐ Инвалидность 1-ой или 2-ой группы в результате несчастного случая с выплатой 80 % от страховой суммы;

☐ Инвалидность 1-ой или 2-ой группы по любой причине с освобождением от уплаты дальнейших страховых взносов на срок установления инвалидности;

☐ Травма в результате несчастного случая с выплатой в соответствии с Таблицей страховых выплат

Накопительное страхование жизни в пользу ребенка

Основное покрытие: - дожитие Выгодоприобретателя до 18 лет

Дополнительные покрытия:

☐ смерть Застрахованного в результате несчастного случая с выплатой в двойном размере от страховой суммы при достижении Выгодоприобретателем 18 лет;

Из указанных ниже дополнительных покрытий можно выбрать только одно:

☐ Инвалидность Застрахованного 1-ой или 2-ой группы по любой причине с освобождением от уплаты дальнейших страховых взносов на срок установления инвалидности;

☐ Инвалидность Застрахованного 1-ой или 2-ой группы от несчастного случая с освобождением от уплаты дальнейших страховых взносов на срок установления инвалидности;

☐ Утрата трудоспособности Застрахованного в результате несчастного случая с выплатой в соответствии с Таблицей страховых выплат

Дополнительное условие:
☐ Возврат страховых премий при смерти Выгодоприобретателя (при выборе данного дополнительного условия, необходимо заполнение анкеты на Выгодоприобретателя (ребенка))

Срочное страхование жизни и трудоспособности заемщиков

Основное покрытие: - смерть по любой причине;

Дополнительное покрытие:

☐ Инвалидность 1-ой или 2-ой группы по любой причине.

Срочное страхование заемщиков от несчастных случаев

Основное покрытие: - смерть в результате несчастного случая;

Дополнительное покрытие:

☐ Инвалидность 1-ой или 2-ой группы в результате несчастного случая.

При срочном страховании жизни и трудоспособности заемщиков в случае выбора дополнительного покрытия, укажите размер

периодического платежа по договору займа (цифрами и прописью) _____

5. Оплата страховой премии:

Периодичность оплаты: ☐ единовременно ☐ ежегодно ☐ раз в полгода ☐ ежеквартально ☐

ежемесячно Форма оплаты: ☐ банковским переводом ☐ наличными

Размер страховой премии (цифрами и прописью):

6. Лица, назначаемые для получения страховой выплаты (выгодоприобретатели)

При накопительном страховании жизни в пользу ребенка ^ ребенок должен быть в возрасте до 13 лет

1. Ф.И.О. _____ 3. Ф.И.О. _____

Постоянный адрес _____

Постоянный адрес _____

% от суммы выплаты (в целых числах, кратных 5)

% от суммы выплаты (в целых числах, кратных 5).

Документ, удостоверяющий личность _____

Документ, удостоверяющий личность _____

2. Ф.И.О. _____

Серия _____ страхования жизни и трудоспособности

% от суммы выплаты (в целых числах, кратных 5)

Выдан _____

Документ, удостоверяющий личность _____

Для срочного

Постоянный адрес:

Если назначаются дополнительные лица для получения страховой выплаты, укажите их на отдельном листе

7. Бланк-опросник (только для Страхованного лица (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 страховым обществом

Ваш рост: _____ (см) Вес: _____ (кг) Потеря или прибавка в весе за последний

год _____

Для женщин: беременны ли Вы? _____ срок беременности

Являетесь ли Вы инвалидом? _____ группа инвалидности

Ответы/ на следующие вопросы, пожалуйста, отметьте галочкой.

Если да, укажите, пожалуйста, в приложении подробности: уточните диагнозы, даты обращения к врачу, мед. учреждения, в которых проходили обследование и лечение, результат лечения

олели или болеете ли Вы следующими заболеваниями (последствиями травмы)? астма, бронхиты, плевриты, пневмонии, туберкулез или другие заболевания, травмы органов дыхания	П Да ☐ Нет
иабет, заболевания щитовидной железы или другие заболевания, травмы органов эндокринной системы	☐ Да ☐ Нет
акие-либо психические расстройства	☐ Да ☐ Нет
пилепсия, судороги, болезни нервной системы	☐ Да ☐ Нет
акие-либо заболевания, травмы глаз, уха, носа, глотки или рта	☐ Да ☐ Нет
Артериальная гипертензия, сердечный приступ, стенокардия, нарушения мозгового кровообращения, заболевания артерий и вен или какие-либо заболевания, травмы органов сердечно-сосудистой системы	☐ Да ☐ Нет
Заболевания печени, гепатит В, С, D, Е или другие заболевания, травмы органов пищеварения	☐ Да ☐ Нет
ртриты, артрозы или другие заболевания, травмы костно-суставной системы	☐ Да ☐ Нет
иелонефрит, камни мочевого пузыря, почечнокаменная болезнь или другие заболевания, травмы мочеполовой системы	☐ Да ПНет
Увеличение лимфатических желез, доброкачественные или онкологические заболевания, заболевания крови, наследственные заболевания	☐ Да Q Нет
акие-либо заболевания кожи, венерические заболевания, носитель ВИЧ-инфекции, СПИД	☐ Да ☐ Нет
акие-либо заболевания, травмы, не указанные выше	☐ Да ПНет
ыли ли у Вас хирургическое вмешательство или получали ли Вы лечение в условиях стационара на протяжении последних 5 лет	☐ Да ПНет
редстоит ли Вам хирургическая операция?	☐ Да ПНет
курите ли Вы сигареты, табак, сигары? Если да, укажите, пожалуйста, «стаж» курения и среднее потребление сигареты, сигары, табака в день?	☐ Да ПНет
потребляете ли или употребляли ли Вы алкоголь? Если да, то какое Ваше среднее потребление алкоголя в неделю, вид алкоголя? Если Вы перестали употреблять алкоголь, укажите, пожалуйста «стаж» употребления алкоголя и когда Вы перестали ее употреблять?	☐ Да ПНет
потребляете ли или употребляли ли Вы наркотические и/или токсические вещества? Если Вы перестали употреблять, укажите, пожалуйста «стаж» употребления и когда Вы перестали употреблять?	☐ Да ОНет
мышленно причиняли ли Вы себе телесные повреждения или совершали ли Вы покушение на самоубийство?	☐ Да ☐ Нет
Подвергаетесь ли Вы какой-либо опасности во время выполнения Ваших профессиональных обязанностей. Если да, пожалуйста, уточните детали и дайте подробное описание	☐ Да ☐ Нет
не включая Вашу основную профессию, занимаетесь ли другими видами деятельности или имеете дополнительную работу, связанную с риском несчастного случая? Пожалуйста, уточните детали и дайте подробное описание.	☐ Да ПНет
Занимаетесь ли Вы или собираетесь заниматься спортом? Пожалуйста, уточните детали и дайте подробное описание. Как часто вы им занимаетесь: эпизодически (редко) или регулярно, профессионально, участвуете ли в соревнованиях как любитель?	☐ Да ☐ Нет
Собираетесь ли совершать поездки за границу, в том числе в «горячие» точки планеты. Пожалуйста, уточните детали и дайте подробное описание.	☐ Да ☐ Нет
Было ли Ваше заявление на страхование жизни когда-либо отложено на определенное время, отклонено или принято на специальных условиях? Если да, уточните по какой причине	☐ Да ☐ Нет

Заполните, пожалуйста, таблицу и укажите состояние здоровья и возраст родителей, братьев и сестер, если живы, или возраст смерти и причину смерти (диагнозы)

	Возраст, если живы	Состояние здоровья	Возраст смерти	Диагноз смерти
Отец				
Мать				
Братья				
Сестры				

Даю согласие на заключение договора страхования жизни.

Подтверждаю, что все сведения, указанные в заявлении являются достоверными и полными, и я буду информировать АО «КСЖ «Государственная аннуитетная компания» обо всех изменениях в состоянии моего здоровья до конца действия страховой защиты.

Я согласен с тем, что АО «КСЖ «Государственная аннуитетная компания» будет запрашивать в случае необходимости информацию информации, касающейся моего труда, физического и психического состояния, результатов медицинских анализов. Я даю согласие на проведение медицинского обследования и проведение лабораторно-инструментальных исследований в медицинском учреждении по направлению АО «КСЖ «Государственная аннуитетная компания»,

Дата: «_____» _____ 200__ г.
Страховое лицо (застрахованный) _____

Дата: «_____» _____ 200__ г.
Страхователь _____

Агент _____

(Ф.И.О.)

Подпись

(ФИО)

Подпись

(Ф.И.О.)

Подпись

М.П

Настоящее приложение заполняется Страхуемым лицом (Застрахованным), если в заявлении на страхование отмечен ответ «Да». По каждому заболеванию или травме заполняется отдельное приложение

Ф.И.О. Страхуемого лица (Застрахованного): _____

Для вопроса 1 (А-М)

Вопрос № _____ заявления на страхование Дополнительный ответ относительно:

(травма, заболевание, по которому детализируется информация)

1. Какие жалобы (симптомы) заболевания существуют в настоящее время и/или в прошлом Вас беспокоили

2. Медицинский диагноз, выставленный врачом

3. Осложнения, последствия заболевания или травмы (почечная недостаточность, недостаточность кровообращения, аритмии, дыхательная недостаточность, нарушение функции суставов и т.п.)

4. Дата установления диагноза, и/или с какого времени считаете себя больным данным заболеванием

5. Как часто обостряется заболевание (каждую неделю, каждый месяц, один раз в год и т.д.) _____

6. Степень тяжести обострений, форма течения, приводит к временной или полной нетрудоспособности, требуется госпитализация и т.п. _____

7. Укажите дату последнего обострения, и/или когда Вас в последний раз беспокоили симптомы заболевания _____

8. Лечение, назначенное по заболеванию и лекарственные препараты, принимаемые Вами по заболеванию

9. Ф.И.О. и адрес врача, консультировавшего Вас _____

10. Название медицинского учреждения, в котором проводилось лечение, даты госпитализации (с _____ по _____)

11. Результаты лечения в настоящее время (выздоровление, с улучшением, без эффекта, требуется профилактическое лечение, требуется хирургическое лечение): _____

Данные лабораторно-инструментальных исследований предоставляются в случае, если в заявлении на страхование отмечен ответ «Да» в графах :

1-Е. Данные ЭКГ (электрокардиограмма): Результат обследования (укажите, были ли изменения, какие)

Дата обследования _____

Уровень артериального давления:

Рабочее _____ мм.рт.ст. Максимальное повышение (кризы) до _____ мм.рт.ст.

Частота кризов (ежедневно, 1 раз в неделю, 1 раз в месяц и т.п.)

1-Б. Уровень сахара крови натощак: _____ ммоль/л. Сахарная кривая _____

Дата обследования _____

1-Ж. Биохимия крови _____ Дата обследования _____

1-И. Результаты анализа мочи: наличие белка _____ Другие изменения _____

Дата обследования _____

1-К. Развернутый анализ крови: _____ Дата обследования _____

Для ответов, если в заявлении на страхование ответ «Да» отмечен в вопросах (пункты 2-12):

Настоящим, Я, нижеподписавшийся, заявляю, что все вышеприведенные ответы являются полными и правдивыми и даю свое согласие на то, чтобы данная анкета вместе с заявлением на страхование № _____ от « _____ » _____ г. была частью договора.

Дата: « ____ » _____ 200 ____ г. Подпись Страхуемого лица (Застрахованного) _____

Подпись агента _____

Анкета по профессиональной деятельности Для Работников:

1	Работники нефтегазовой промышленности *
2	Работники добычи топливно-энергетических полезных ископаемых *
3	Работники химической промышленности *
4	Работники металлургической промышленности (АЗФ, АЗХС, Казхром и т.п.) и производства готовых металлических изделий *
5	Инкассаторы, сотрудников служб безопасности и охраны
6	Работники отраслей повышенной опасности (подрывники, водолазы, летный состав, военнослужащие и полицейские (лица, занимающиеся раскрытием преступлений), кадровые работники национальной безопасности, электрики высоковольтных линий, пожарные, инженеры со взрывчатыми веществами)
7	Работники, строители на высоте более 15 метров, строительство дорог, высотных зданий, электромонтажные работы
8	Вооруженная охрана, персональная охрана
9	Дрессировщики животных
10	Коммерческие дайверы
11	Строители, работа на глубине ниже 5 метров
12	Актеры
13	Авиация, пилоты
14	Профессиональные спортсмены
15	Либо другой вид деятельности, требующий разъяснений

* - за исключением руководителей, административных и офисных служащих, не занимающихся физической работой

Анкета должна быть заполнена лицом, принимаемым на страхование

Ф.И.О. _____

Дата рождения: _____

Пожалуйста, ответьте на каждый вопрос и укажите подробности, где требуется.

1. Пожалуйста, опишите характер вашей работы (например: работа в офисе, строительство мостов, высотные работы, работа с кислородом под давлением, патрулирование улиц, контроль за работой приборов, очищение цистерн от остатков желтого фосфора, частые командировки и т.д.)

2. Какой приблизительный процент из перечисленных ниже видов деятельности включает себя Ваш род занятий?

1. творческая работа % 2. коммерческая деятельность % 3. физический (ручной) труд %

3. Подвергаетесь ли Вы какой-либо опасности во время выполнения Ваших профессиональных обязанностей?

а) поднятие или перемещение тяжелых грузов: ☐ да ☐ нет
до 15 метров более 15 метров

б) работа под землей или на высоте ☐ да ☐ нет

Если да, нужно подчеркнуть ☐ да ☐ нет

в) работа с химикатами и газами ☐ да ☐ нет

г) работа с радиоактивными веществами ☐ да ☐ нет

д) имеют место регулярные командировки ☐ да ☐ нет

е) регулярная смена или плавающий рабочий график (нужное подчеркнуть) ☐ да ☐ нет

ж) использование взрывчатых веществ ☐ да ☐ нет

Если Ваш ответ "да", дайте пояснение:-.

4. Перенесли ли Вы какое-либо заболевание или получили травму в результате Вашей работы?

Настоящим, Я, нижеподписавшийся, заявляю, что все вышеприведенные ответы являются полными и правдивыми и даю свое согласие на то, чтобы данная анкета вместе с заявлением на страхование № _____ от « ____ » _____ г. была частью договора между мной и Компанией.

Дата: « ____ » _____ 20 __ г. Подпись Страховуемого лица (Застрахованного) _____

Приложение 3 к заявлению на страхование № Анкета на

Выгодоприобретателя (ребенка до 13 лет)

Ф.И.О. ребенка

Дата рождения _____ Пол _____

Пожалуйста, ответьте на каждый вопрос. Подробно изложите все необходимые сведения.

- I. 1. Возраст матери _____ Возраст отца _____
2. Состояние здоровья обоих родителей (указать наличие хронических заболеваний) А. Заболевания матери _____

Б. Заболевания отца

3. Место работы и должность матери

4. Место работы и должность отца

5. Вредные привычки родителей (употребление алкоголя, курение, наркотики, токсические вещества)

6. Были ли осложнения во время беременности и родов ☐ да ☐ нет

Если да, то уточните подробности

6. Перенесенные матерью заболевания во время беременности, прием лекарств, R-исследования, вакцинация _____

7. Семейный анамнез (наследственность)

II. 8. Болеет ли ребенок следующими заболеваниями?

А) Эпилепсия, обмороки, судороги, заболевания центральной или периферической нервной системы или какие-либо нарушения психики. ☐ да ☐ нет

Б) Астма, бронхиты, туберкулез или другие заболевания органов дыхания. ☐ да ☐ нет

В) Заболевания сердечно-сосудистой системы. ☐ да ☐ нет

Г) Заболевания органов желудочно-кишечного тракта. ☐ да ☐ нет

Д) Диабет, заболевания щитовидной железы или какие-либо другие нарушения со стороны эндокринной системы ☐ да ☐ нет

Е) Заболевания почек, мочеполовой системы. ☐ да ☐ нет

Ж) Артриты или другие заболевания костей и суставов. ☐ да ☐ нет

З) Увеличение лимфатических узлов, заболевания крови или какие-либо формы рака, опухоли. ☐ да ☐ нет

10. Укажите, перенесенные ребенком, детские инфекции (тяжесть течения, были ли осложнения)?

11. Были ли у ребенка травмы, переломы, сотрясения головного мозга? ☐ да ☐ нет

Опишите - когда, тяжесть, осложнения _____

12. Подвергался ли ребенок переливанию крови или лечению препаратами крови? ☐ да ☐ нет

13. Если у Вас есть дополнительная информация, не указанная выше, напишите ее, пожалуйста

Дата

Подпись страхователя.

Приложение 4 к заявлению на страхование №

Анкета для лиц, выезжающих за рубеж данная анкета должна быть заполнена страхуемым лицом (застрахованным)

ф.И.О. _____

Пожалуйста, ответьте на каждый вопрос анкеты. Подробно изложите все необходимые сведения.

1. Укажите страну/страны и продолжительность Вашего пребывания таг/

< = 12 месяцев ☐

>12 месяцев ☐

2. С какой целью Вы выезжаете за рубеж

3. Условия пребывания в стране (проживание и работа)

Категория А ☐

В крупных городах или другой местности с особенно благоприятными условиями пребывания, проживание в хороших отелях.

В случае работы в данной стране: трудовая деятельность не требует специальных физических усилий (напр., офисный работник, административный рабочий, дипломат, учитель, преподаватель, врач, бизнесмен)

Категория В ☐

В других местностях с хорошими и организованными условиями, которые отражают местные особенности (например: средние или мелкие города).

В случае работы в данной стране: трудовая деятельность требует небольших физических усилий, но отягощается климатическими условиями (напр., управляющий инженер, старший рабочий, прораб, строитель, архитектор).

Категория С ☐

В другой местности, в которой условия проживания и работы оцениваются как трудные, т.е. в неблагоприятных жилищных и трудовых условиях (например: сельская местность).

В случае работы в данной стране: трудовая деятельность требует больших физических усилий, работа в шахтах, нефтяные и буровые платформы, прокладка нефтяных трубопроводов (напр., рабочий, сборщик, техник, механик, инженер или строитель, проживающие на стройке, особенно если она находится на отдалении и труднодоступна).

4. Собираетесь ли Вы заниматься из ниже перечисленных видов деятельности в указанной стране/странах

Бокс	Да ☐	нет ☐
Гонки на катерах	да ☐	нет ☐
Дайвинг	да ☐	нет ☐
Автогонки	Да ☐	нет ☐
Альпинизм	да ☐	нет ☐
Дельтапланеризм, парапланеризм	да ☐	нет ☐
Парашютный спорт	Да ☐	нет ☐
Спелеология	Да ☐	нет ☐
Верховая езда, родео	да ☐	нет ☐
Гребля, участие в соревнованиях	да ☐	нет ☐
Нырание на задержке дыхания	Да ☐	нет ☐
Охота на крупную дичь	да ☐	нет ☐
Полеты на воздушном шаре	да ☐	нет ☐
Сафари	да ☐	нет ☐

Настоящим, Я, нижеподписавшийся, заявляю, что все вышеприведенные ответы являются полными и правдивыми и даю свое согласие на то, чтобы данная анкета вместе с заявлением на страхование от « ____ » — 20 ____ г. была частью договора между мной и Компанией.

Дата ____ Подпись страхуемого лица (застрахованного) ____
».

2. Настоящие изменения и дополнения вступают в силу с момента согласования.