

УТВЕРЖДЕНЫ
Советом директоров акционерного общества
«Компания по страхованию жизни
«Государственная аннуитетная компания»
Решение № 77 от «05» октября 2009 г.

ИЗМЕНЕНИЯ И ДОПОЛНЕНИЯ
в Правила срочного страхования жизни и трудоспособности заемщиков
в АО «Компания по страхованию жизни «Государственная аннуитетная
компания»

ОРИГИНАЛ

1. Внести в Правила срочного страхования жизни и трудоспособности заемщиков в АО «Компания по страхованию жизни «Государственная аннуитетная компания» (далее – Правила), утвержденные Решением Совета директоров АО «Компания по страхованию жизни «Государственная аннуитетная компания» от 05 июля 2006 года № 05, следующие изменения и дополнения:

1) по тексту:

- слова «в результате несчастного случая или заболевания» заменить словами «по любой причине»;

- слова «в размере ставки рефинансирования» заменить словами «в соответствии со ставкой рефинансирования»;

2) в пункте 8 после слов «подлежат возврату» дополнить словами «за вычетом расходов Страховщика.»;

3) в пункте 14 слова «после заключения договора страхования» дополнить словами «, и оплаты первого страхового взноса»;

4) в пункте 16 после слов «– расторжение договора страхования» дополнить словами «с вычетом расходов Страховщика»;

5) дополнить пунктом 17-1 следующего содержания «17-1. Не является страховым случаем и не влечет осуществление Страховщиком страховой выплаты событие/события, предусмотренное/предусмотренные пунктами 17 и главой 11 настоящих Правил, если оно/они наступило/наступили через 6 и более месяцев со дня наступления несчастного случая, послужившего причиной наступления данного (-ых) события (-ий).»;

6) в пункте 27 слово «просрочено» заменить на слово «отсрочено»;

7) третий абзац пункта 29 изложить в следующей редакции: «- пени за просроченную уплату страховых взносов, которая начисляется после завершения периода отсрочки в случае восстановления договора страхования (пени начисляется за каждый день просрочки в соответствии со ставкой рефинансирования, установленного Национальным Банком Республики Казахстан на день уплаты пени);»;

8) в пункте 31 слово «Выгодоприобретатель» заменить словом «Страхователь»;

9) в пункте 36 слово «Страхователем» заменить словом «Страховщиком»;

10) пункт 43 дополнить седьмым абзацем следующего содержания: «- на возврат страховой премий с вычетом расходов Страховщика.»;

11) пункт 45 дополнить пятым абзацем следующего содержания: «- предоставить Страховщику уведомление о получении страхового полиса в течение 30 (тридцати) рабочих дней со дня получения страхового полиса на подписание.»;

12) в пункте 47 слово «и» заменить словом «или»;

13) в пункте 51 слова «в соответствии с условиями договора займа между Застрахованным и Выгодоприобретателем» дополнить словами «в течение срока установления первой или второй группы инвалидности.»;

14) подпункт 2) пункта 57 изложить в следующей редакции: «2) снятие первой или второй группы инвалидности;»;

15) в третьем абзаце пункта 58 слова "в том числе для проверки группы инвалидности, установленной уполномоченным государственным органом и подтверждения» заменить словами «а также подтверждение в территориальном подразделении уполномоченного органа в области социальной защиты населения»;

16) в пятом абзаце пункта 63 слова «- восстановлением трудоспособности Застрахованного (реабилитация инвалидности)» заменить словами «- снятие первой или второй группы инвалидности»;

17) пункт 64 изложить в следующей редакции: «64. Договор страхования может быть расторгнут до истечения срока его действия:

- по заявлению Страхователя об осуществлении возврата страховой премии за вычетом расходов Страховщика в связи с погашением Страхователем займа;

- по требованию Страховщика в связи с неисполнением Страхователем своих обязанностей по договору страхования без осуществления возврата страховой премии.»;

18) дополнить Главой 13-1 «13-1. Форс-мажор» следующего содержания:

«65-1. Стороны не несут ответственности за полное или частичное неисполнение обязательств по договору страхования вследствие пожара, стихийных бедствий, войны, военных операций любого характера, массовых беспорядков, забастовок, блокады, запрещения экспорта или импорта, принятия государственным органом нормативного акта или других, не зависящих от сторон обстоятельств. Срок исполнения обязательств отодвигается соразмерно времени, в течение которого будут действовать такие обстоятельства.»;

19) пункт 4 бланка Страхового полиса изложить в следующей редакции: «Страховой случай: смерть по любой причине или инвалидность 1 или 2 группы в результате несчастного случая или заболевания»;

20) Приложение № 1 Правил изложить в следующей редакции:

Агентство _____

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВАНИЕ № _____

1. Сведения о Страхователе:

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

2. Страхуемое лицо (Застрахованный):

Фамилия, имя, отчество: _____
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);
☐ Накопительное страхование жизни в пользу ребенка (Родительская забота);
☐ Срочное страхование жизни и трудоспособности (Хранитель);
☐ Срочное страхование жизни и трудоспособности заемщиков (Гарантийный);
☐ Срочное страхование заемщиков от несчастных случаев (Жизнь без тревог),

Срок (в годах) _____

Запрашиваемая страховая сумма (цифрами и прописью) _____

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): _____

Для Родительской заботы периодичность выплат ☐ единовременно ☐ ежегодно в течение _____ лет

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. _____

Постоянный адрес _____

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

Документ, удостоверяющий личность _____

Серия _____ № _____

Выдан _____ РНН _____

2. Ф.И.О. _____

Постоянный адрес _____

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

Документ, удостоверяющий личность _____

Серия _____ № _____

Выдан _____ РНН _____

3. Ф.И.О. _____

Постоянный адрес _____

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

Документ, удостоверяющий личность _____

Серия _____ № _____

Выдан _____ РНН _____

Для срочного страхования жизни и трудоспособности заемщиков и страхования заемщиков от несчастных случаев

Согласен с тем, что Выгодоприобретателем по договору страхования будет являться

Наименование кредитного учреждения: _____

Постоянный адрес: _____

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

7. Бланк-опросник (только для Страхового 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

1. Болели или болеете ли Вы следующими заболеваниями (последствиями травмы)?		
А) Астма, бронхиты, плевриты, пневмонии, туберкулез или другие заболевания, травмы органов дыхания		☐ Да ☐ Нет
Б) Диабет, заболевания щитовидной железы или другие заболевания, травмы органов эндокринной системы		☐ Да ☐ Нет
В) Какие-либо психические расстройства		☐ Да ☐ Нет
Г) Эпилепсия, судороги, болезни нервной системы		☐ Да ☐ Нет
Д) Какие-либо заболевания, травмы глаз, уха, носа, глотки или рта		☐ Да ☐ Нет
Е) Артериальная гипертензия, сердечный приступ, стенокардия, нарушения мозгового кровообращения, заболевания артерий и вен или какие-либо заболевания, травмы органов сердечно-сосудистой системы		☐ Да ☐ Нет
Ж) Заболевания печени, гепатит В, С, D, E или другие заболевания, травмы органов пищеварения		☐ Да ☐ Нет
З) Артриты, артрозы или другие заболевания, травмы костно-суставной системы		☐ Да ☐ Нет
И) Пиелонефрит, камни мочевого пузыря, почечнокаменная болезнь или другие заболевания, травмы мочеполовой системы		☐ Да ☐ Нет
К) Увеличение лимфатических желез, доброкачественные или онкологические заболевания, заболевания крови, наследственные заболевания		☐ Да ☐ Нет
Л) Какие-либо заболевания кожи, венерические заболевания, носитель ВИЧ-инфекции, СПИД		☐ Да ☐ Нет
М) Какие-либо заболевания, травмы, не указанные выше		☐ Да ☐ Нет
2. Были ли у Вас хирургическое вмешательство или получали ли Вы лечение в условиях стационара на протяжении последних 5 лет		☐ Да ☐ Нет
3. Предстоит ли Вам хирургическая операция?		☐ Да ☐ Нет
4. Курите ли Вы сигареты, табак, сигары? Если да, укажите, пожалуйста, «стаж» курения и среднее потребление сигареты, сигары, табака в день?		☐ Да ☐ Нет
5. Употребляете 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 ☐ Нет
6. Употребляете ли или употребляли ли Вы наркотические и/или токсические вещества? Если Вы перестали употреблять, укажите, пожалуйста «стаж» употребления и когда Вы перестали употреблять?		☐ Да ☐ Нет
7. Умышленно причиняли ли Вы себе телесные повреждения или совершали ли Вы покушение на самоубийство?		☐ Да ☐ Нет
8. Подвергаетесь ли Вы какой-либо опасности во время выполнения Ваших профессиональных обязанностей. Если да, пожалуйста, уточните детали и дайте подробное описание		☐ Да ☐ Нет
9. 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 ☐ Нет
10. 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
11. Собираетесь ли совершать поездки за границу, в том числе в «горячие» точки планеты. Пожалуйста, уточните детали и дайте подробное описание.		☐ Да ☐ Нет
12. 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) _____

(Ф.И.О.)

Подпись _____

Дата: « ____ » _____ 200 ____ г.

Страхователь _____

(ФИО)

Подпись _____

Агент _____

(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
- б) работа под землей или на высоте ☐ да ☐ нет
- Если да, нужно подчеркнуть до 15 метров более 15 метров
- 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)
- ж) использование взрывчатых веществ ☐ да ☐ нет
- з) связана ли ваша работа с ношением / использованием оружия ☐ да ☐ нет
- для охранников, указать ☐ военизированная охрана ☐ невоенизированная охрана ☐ персональная охрана

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 Страховемого лица (Застрахованного) _____

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)

A. 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?

- A) 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
И) Заболевания со стороны глаз, ушей, носа, глотки или рта. ☐ да ☐ нет
К) Какие-либо заболевания, не указанные выше. ☐ да ☐ нет

9. Получал ли лечение в стационаре (когда, с каким диагнозом)? _____

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 _____

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 там

<= 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 удалении 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, парашютный спорт	да ☐	нет ☐
Парапланеризм	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.
