СТРАХОВАНИЕ

от Страхователя / Застрахованного / Выгодоприобретателя / Представителя застрахованного (нужное подчеркнуть):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ф. И. О. (полностью): |  | | |
| Телефон: |  | | |
| Договор страхования № | |  | от « » 20 г. |

Мы были извещены о наступлении предполагаемого страхового события и просим Вас заполнить точно и полностью эту анкету и незамедлительно выслать ее нам. Внимательно заполняя ее, Вы позволяете ускорить претензионную работу. Заявитель обязан заполнить данный документ, указав полную и достоверную информацию, после чего незамедлительно выслать его обратно. Любое намеренное искажение информации или неполное ее упоминание приведут к недействительности требования о выплате страхового возмещения, даже если такая информация не наносит ущерб страховой компании.

Описание предполагаемого страхового события в связи с требованием о выплате страхового обеспечения (НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Информация о Застрахованном | |
| 1.1. Ф. И. О. потерпевшего | 1.1. |
| 1.2. Дата рождения: | 1.2. |
| 1.3. Адрес фактического проживания: Адрес регистрации:  Телефон: | 1.3. |
| 1.4. Название фирмы-работодателя: | 1.4. |
| 1.5. Профессия/фактический род занятий: | 1.5. |
| 1.6. Характер выполняемой работы:  а) руководящая работа в компании  б) работа в офисе - командировочные поездки не более 120 дней в год  в) работа, связанная с разъездами - командировочные поездки более 120 дней в год  г) физический труд | 1.6.  а) Да **Нет**  б) Да **Нет**  в) Да **Нет**  г) **Да** Нет |

|  |  |
| --- | --- |
| 1.7. Был ли потерпевший полностью здоров до происшествия или имел заболевания/травмы, лечение которых было не окончено на момент наступления страхового события? | 1.7. лечение проходил в связи заболеваниями, полученными во время прохождения службы. Болезни выявленные во время службы не относились к причинам получения инвалидности. |
| 1.8. Были ли ранее у Застрахованного выявлены онкологические заболевания, заболевания сердечно­сосудистой системы, сахарный диабет, заболевания, вызванные воздействием радиации, ВИЧ- инфекция (и связанные с ВИЧ заболевания), психоневрологические заболевания, иные заболевания?  Когда и кем это было диагностировано (наименование и адрес медицинского учреждения)? | 1.8. 370 дней подтверждённых приказами участия в боевых действиях. Многократно попадал под артиллерийские миномётные обстрелы во время первой, второй Чеченских кампаний.  Однако психоневрологических заболеваний официально зафиксировано не было. |
| 1.9. До происшествия:  Устанавливалась ли когда-либо группа инвалидности (первично или повторно)?  Каким медицинским учреждением было дано направление на прохождение медико-социальной экспертизы (МСЭ), адрес МСЭ? | 1.9. Группа инвалидности не устанавливалась. |
| 1.10. Укажите названия и адреса  медицинских учреждений (в том числе платных), в которые Застрахованный обращался в течение последних 5 лет. | 1.10. |
| 2. Описание страхового события | |
| 2.1. Когда произошел несчастный случай? (число и время суток) | 2.1. |
| 2.2. Где? (точное описание места:  населенный пункт, улица, дом и т.д.) | 2.2. |
| 2.3. Опишите, как произошел несчастный случай (что/чьи действия, явились причиной травмы) глубокие моральные переживания в связи со смертью и потерей близкого человека - матери. А так же в связи с последствиями ухода с военной службы. Т.к. ничего кроме военной службы больше ничего не умею. | |
| 2.4. Употреблял ли потерпевший алкогольные напитки и/или наркотические вещества, лекарственные препараты, ухудшающие реакцию и внимание в день наступления несчастного случая? При положительном ответе укажите какие именно и в каком количестве Был ли сделан анализ крови?  Да Нет Результаты | 2.4. По морально этическим соображениям алкоголь не употребляю вообще.  Анализ крои был сделан, результаты отрицательные. |
| 3. Информация о свидетелях происшествия | |
| 3.1. Имеются ли свидетели происшествия?  (Ф. И. О., телефон и точный адрес) | 3.1. Да. |

|  |  |
| --- | --- |
| 3.2. Кто первым увидел потерпевшего? Где это произошло? | 3.2. |
| 3.3. Зафиксированы ли факт,  обстоятельства и причины травмы компетентными  органами/учреждениями кроме медицинских?  (укажите наименование компетентного органа/учреждения/Ф. И. О. должностного лица) | 3.3. Отсутствовал менее трёх суток. Так как состоялась семенная ссора на основе ревности и бывшая супруга думала что он ушел к другой, в органы МВД супруга не обращалась. |
| 4. Информация об оказанной медицинской помощи | |
| 4.1. Врач/больница, куда потерпевший обращался (был доставлен) для оказания помощи по поводу происшествия  (Ф. И. О./название больницы и адрес) | 4.1. |
| 4.2. Как потерпевший попал в медицинское учреждение? (самостоятельно, был доставлен бригадой скорой медицинской помощи, иное...) | 4.2.00.00.0000 привела бывшая супруга с которой совместно проживал. |
| 4.2. Когда и в каком объеме была оказана медицинская помощь?  (дата и время) | 4.2.Стационарное лечение на протяжении ….. дней. В отделении …… |
| 4.3. Предписания врача | 4.3.переписать показания врача |
| 5.1. Местонахождение потерпевшего в настоящее время | 5.1. |
| 5.2. Какие повреждения получил потерпевший?  Укажите установленный диагноз | 5.2. |
| 5.3. Период стационарного лечения Период амбулаторного лечения | 5.3. с до с до |
| 5.4. Где и в течение какого времени потерпевший находился на стационарном лечении в связи с повреждениями, полученными в результате несчастного случая? (точный адрес) | 5.4. |

|  |  |
| --- | --- |
| 5.5. Был ли потерпевший полностью здоров до происшествия или имел заболевание/травму, лечение которых было не окончено на момент наступления страхового события? Когда и кем это было диагностировано? | 5.5. При увольнении с военной службы, ВВК признан «ограничено годным к военной службе», категория годности «В». Диагноз: «Органические расстройства личности» Находился на лечении в медицинских учреждениях. Копии свидетельств ВВК и медицинских документов по требованию могу предоставить. |
| 5.6. До происшествия: Были ли  потерпевшим утрачены какие-либо конечности?  Устанавливалась ли когда-либо группа инвалидности? | 5.6. Нет/ нет |
| 6. Заполняется только в случае ДТП, если потерпевший находился в машине | |
| 6.1. а) марка, модель, государственный регистрационный номер транспортного средства: б) цель поездки (деловая или личная): | 6.1. а)  б) |
| 6.2. а) кто управлял транспортным средством?  б) имелись ли на момент ДТП (в том числе при себе) все необходимые для управления ТС документы?  в) кто являлся собственником транспортного средства? | 6.2. а)  б)  в) |
| 6.3. Сколько всего лиц находилось в транспортном средстве? Пострадали ли при данном ДТП другие лица и транспортные средства? | 6.3. |
| 6.4. Укажите Ф. И. О. и адреса всех пассажиров:  Кто и на каком месте находился в транспортном средстве - впереди/сзади - с застегнутыми ремнями безопасности или нет? | 6.4. |
| 6.5. Какие повреждения получил Застрахованный в ДТП? | 6.5. |
| 7. Информация о договорах страхования | заключенных в других страховых компаниях |
| 7.1. Является ли потерпевший  застрахованным также по договорам страхования от несчастных случаев, выданным другой страховой компанией?  (название страховой компании, номер страхового полиса, срок страхования) | 7.1. Гражданское страхование. СНИЛС. Указать где застрахован. |
| 7.2. Имел ли потерпевший ранее договор страхования от несчастных случаев и в какой компании он был выдан? | 7.2. Застрахован как военнослужащий. |

|  |  |
| --- | --- |
| 7.3. Получал ли когда-нибудь потерпевший  возмещение убытков, наступивших в результате несчастного случая, в том числе по данной или аналогичной травме? От кого? Когда? № документа? | 7.3. Нет |
| 7.4. Имели ли место отказ в выплате страхового обеспечения или отсрочка в приеме потерпевшего на страхование (при подаче заявления на страхование жизни или от несчастного случая? Когда? Укажите название компании) | 7.4. Нет |
| 7.5. В какое из вышеуказанных  учреждений уже было заявлено о страховом случае? Когда? | 7.5. Нет |
| 7.6. Имеется ли у потерпевшего полис медицинского страхования? Какой страховой компании? | 7.6. указать гражданскую страховку |
| 7.7. Обращался ли пострадавший или его представитель в эту страховую компанию в связи с заявленным в ООО СК «ВТБ Страхование» несчастным случаем? | 7.7. В течении год после исключения из списков личного состава, обратился ……. |

8. Особые отметки:

Я , прямо

подтверждаю, что отвечал правдиво на все вопросы, указанные выше.

Настоящим я освобождаю всех лечивших и лечащих меня врачей, а также тех, кто будут моими лечащими врачами, от обязанности конфиденциальности в отношении страховой компании, даже в случае моей смерти.

Я разрешаю другим страховым компаниям, страховым учреждениям и органам власти предоставлять ООО СК «ВТБ Страхование» всю запрашиваемую информацию для урегулирования заявленного мной случая.

г.