

**Опросный лист для выяснения обстоятельств наступления страхового события.
(в выбранном варианте ответа проставляется символ “v”)**

| | |
|-------------------------------|--|
| № Договора страхования | |
| ФИО клиента | |

Источник информации:
ФИО _____
(опрашиваемого/заявителя)

Отношение к страховому событию:
 Застрахованное лицо
 Представитель застрахованного лица
 Иное _____
 (ФИО, отношение к Застрахованному лицу)

Адрес _____
 (Индекс, область, район, город, улица, дом, квартира)

Нет информации об адресе

Паспорт*: Серия, номер _____ выдан _____

Дата выдачи “ ____ ” _____

Контактный телефон (с кодом города): _____
 * заполняется при личном контакте

| № | Вопрос | Варианты ответов | Переход |
|---|--|---|------------|
| 1 | Наличие платежей (заполняется сотрудником Банка самостоятельно) | <input type="checkbox"/> Да | вопрос №2 |
| | | <input type="checkbox"/> Нет | |
| 2 | Где наступила смерть/инвалидность Застрахованного лица? (нужное подчеркнуть) | <input type="checkbox"/> Дома | вопрос №3 |
| | | <input type="checkbox"/> В медицинском учреждении | |
| | | <input type="checkbox"/> На работе | |
| | | <input type="checkbox"/> На железной дороге | |
| | | <input type="checkbox"/> На дороге | |
| | | <input type="checkbox"/> На улице | |
| | | <input type="checkbox"/> На воде | |
| | | <input type="checkbox"/> На пожаре | |
| <input type="checkbox"/> Иное (указать) | | | |
| 3 | В результате чего произошла смерть/инвалидность Застрахованного лица? | <input type="checkbox"/> Несчастный случай | Таблица №1 |
| | | <input type="checkbox"/> Болезнь | Таблица №2 |

Таблица № 1

| | |
|--|------------------------------------|
| Несчастный случай в результате | |
| <input type="checkbox"/> ДТП в качестве | <input type="checkbox"/> Водителя |
| | <input type="checkbox"/> Пассажира |
| | <input type="checkbox"/> Пешехода |
| <input type="checkbox"/> Несчастный случай на производстве | |
| <input type="checkbox"/> Отравления | <input type="checkbox"/> Алкоголем |

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | В результате потребления наркотических или психотропных веществ |
| <input type="checkbox"/> | В результате потребления лекарственных средств без предписания врача |
| <input type="checkbox"/> | Иное (указать) _____ |
| <input type="checkbox"/> | Добровольного употребления или действий, связанных с добровольным употреблением алкоголя, любых заменителей алкоголя, наркотических, психотропных и токсических веществ |
| <input type="checkbox"/> | Самоубийства |
| <input type="checkbox"/> | Нападения третьих лиц (убийство/телесные повреждения) |
| <input type="checkbox"/> | Переохлаждения |
| <input type="checkbox"/> | Падения с высоты |
| <input type="checkbox"/> | Занятия любым видом спорта на профессиональной основе либо занятий опасными видами спорта |
| <input type="checkbox"/> | Иное (указать) _____ |

Далее - переход к вопросу № 5

Таблица № 2

| | |
|--------------------------|---|
| Болезнь: | |
| <input type="checkbox"/> | Психическое заболевание, паралич, эпилептический припадок |
| <input type="checkbox"/> | СПИД или ВИЧ-инфекция |
| <input type="checkbox"/> | Иное (указать) _____ |

| | | | | |
|---|--|--------------------------|----------------------|------------|
| 4 | Учет специализированных медицинских учреждений | <input type="checkbox"/> | Наркология | вопрос № 5 |
| | | <input type="checkbox"/> | Психиатрия | |
| | | <input type="checkbox"/> | Иное (указать) _____ | |

Далее - переход к вопросу № 10

| № | Вопрос | Варианты ответов | Переход | |
|--------------------------|---|--------------------------|---|-------------|
| 5 | Дата несчастного случая | | вопрос № 6 | |
| 6 | Регистрация несчастного случая | <input type="checkbox"/> | Да | вопрос № 7 |
| | | <input type="checkbox"/> | Нет | |
| | Кем | <input type="checkbox"/> | Нет информации | |
| | | <input type="checkbox"/> | Работодателем | |
| | | <input type="checkbox"/> | Правоохранительными органами (милицией) | |
| | | <input type="checkbox"/> | Подразделениями МЧС | |
| <input type="checkbox"/> | Иное (указать) _____ | | | |
| 7 | Было ли возбуждено уголовное дело? | <input type="checkbox"/> | Да | вопрос № 10 |
| | | <input type="checkbox"/> | Нет | вопрос № 8 |
| | | <input type="checkbox"/> | Нет информации | |
| 8 | Был ли отказ в возбуждении уголовного дела? | <input type="checkbox"/> | Да | вопрос № 10 |
| | | <input type="checkbox"/> | Нет | вопрос № 9 |

| | | | | |
|---|--|--------------------------|----------------|-------------|
| | | <input type="checkbox"/> | Нет информации | |
| 9 | Подалось ли заявление о возбуждении уголовного дела? | <input type="checkbox"/> | Да | вопрос № 10 |
| | | <input type="checkbox"/> | Нет | |
| | | <input type="checkbox"/> | Нет информации | |

№ Договора Страхования _____

| | | | | |
|----|--|--------------------------|---|-------------|
| 10 | Употреблял ли застрахованный менее чем за 8 часов до наступления страхового события (подтверждено документально) | <input type="checkbox"/> | Алкоголь | вопрос № 11 |
| | | <input type="checkbox"/> | Наркотические или токсические вещества | |
| | | <input type="checkbox"/> | Транквилизаторы, психотропные, снотворные, седативные препараты | |
| | | <input type="checkbox"/> | Нет | |
| | | <input type="checkbox"/> | Нет информации | |
| 11 | Проводился ли тест на наличие алкоголя в крови? | <input type="checkbox"/> | Да | вопрос № 12 |
| | | <input type="checkbox"/> | Нет | |
| | | <input type="checkbox"/> | Нет информации | |

| | | | | |
|----|-------------------------|--------------------------|--|------------------|
| 12 | Информация подтверждена | <input type="checkbox"/> | Родственниками; | Окончание опроса |
| | | <input type="checkbox"/> | По месту работы; | |
| | | <input type="checkbox"/> | Знакомыми; | |
| | | <input type="checkbox"/> | Нет возможности подтвердить информацию | |

| | |
|---|-------|
| Дополнительная информация, полученная от клиента/родственника клиента (вписать при получении информации): | _____ |
| | _____ |
| | _____ |
| | _____ |
| | _____ |

Номер Договора Страхования

Опрашиваемый (-ая)

(ФИО, подпись, заполняется опрашиваемым собственноручно)

Ответственный исполнитель

(ФИО, подпись)

Дата заполнения: « ____ » _____ 201__ г.