

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

<b>№ Договора страхования</b>	
<b>ФИО клиента</b>	

**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 <input type="checkbox"/> нет	вопрос №2
2	Где наступила смерть/инвалидность Застрахованного лица? (нужное подчеркнуть)	<input type="checkbox"/> дома <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)	вопрос №3
3	В результате чего произошла смерть/инвалидность Застрахованного лица?	<input type="checkbox"/> несчастный случай <input type="checkbox"/> Болезнь	Таблица №1 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"/>	<input type="checkbox"/>	в результате потребления лекарственных средств без предписания врача
<input type="checkbox"/>	<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"/>	Укажите дату, когда был впервые установлен диагноз
<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	
		<input type="checkbox"/>	нет информации	
	Кем	<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	Подавалось ли заявление о возбуждении уголовного дела?	<input type="checkbox"/>	да	вопрос № 10
		<input type="checkbox"/>	нет	
		<input type="checkbox"/>	нет информации	

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.