

Опросный лист для выяснения обстоятельств наступления страхового события.

№ Кредитного договора				
ФИО Застрахованного лица				
№	Вопрос	Варианты ответов*		
1	Где наступила смерть/инвалидность Застрахованного лица?	<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, в т.ч. страну события)	
2	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 алкоголя, любых заменителей алкоголя, наркотических, психотропных и токсических веществ		
<input type="checkbox"/>	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		

иное (указать) _____

Таблица №2

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

№	Вопрос	Варианты ответов*		Переход
3	Дата несчастного случая _____			вопрос № 4
4	Был ли несчастный случай зафиксирован правоохранительными органами (милицией)?	<input type="checkbox"/>	да	вопрос № 5
		<input type="checkbox"/>	нет	
		<input type="checkbox"/>	нет информации	
5	Было ли возбуждено уголовное дело?	<input type="checkbox"/>	да	вопрос № 8
		<input type="checkbox"/>	нет	вопрос № 6
		<input type="checkbox"/>	нет информации	
6	Был ли отказ в возбуждении уголовного дела?	<input type="checkbox"/>	да	вопрос № 8
		<input type="checkbox"/>	нет	вопрос № 7
		<input type="checkbox"/>	нет информации	
7	Подавалось ли заявление о возбуждении уголовного дела?	<input type="checkbox"/>	да	вопрос № 8
		<input type="checkbox"/>	нет	
		<input type="checkbox"/>	нет информации	
8	Употреблял ли застрахованный менее чем за 8 часов до наступления страхового события какие либо из перечисленных веществ?	<input type="checkbox"/>	алкоголь	вопрос № 9
		<input type="checkbox"/>	наркотические или токсические вещества	
		<input type="checkbox"/>	транквилизаторы, психотропные, снотворные, седативные препараты	
		<input type="checkbox"/>	нет	
		<input type="checkbox"/>	нет информации	
9	Проводился ли тест на наличие алкоголя в крови?	<input type="checkbox"/>	да	окончание опроса
		<input type="checkbox"/>	нет	
		<input type="checkbox"/>	нет информации	

* - проставляется символ «√» в выбранном варианте ответа

Дополнительная информация, полученная от клиента/родственника клиента/других лиц): _____

Клиент/родственник клиента _____
(ФИО, подпись)

Дата заполнения «__» _____ 20__ г.

Сотрудник Банка _____
(ФИО, подпись)

Дата принятия «__» _____ 20__ г.