|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Untitled_1 | | | | | **Заявление на ветеринарное Страхование Животного (кошки или собаки) и Ветеринарная анкета[[1]](#footnote-1)** | | | | | | | |
| **А. Данные о Страхователе (физическое лицо)** | | | | | | | | | | | | |
| **Фамилия, имя, отчество:** | | | |  | | | | | | | | |
| **Дата рождения:** | | | |  | **Полных лет:** | | |  | **Пол:** | | **М □ / Ж □** | |
| **Основной документ, удостоверяющий личность (паспорт) гражданина РФ** | | | | | | | | | **серия** | | **№** | |
| **выдан *(кем, когда)*:** | | | |  | | | | | | | | |
| **Адрес регистрации:** | | | |  | | | | | | | | |
| **Адрес проживания:** | | | |  | | | | | | | | |
| **Контактный телефон мобильный:** | | | | |  | | | **Контактный телефон домашний:** | | |  | |
| **Социальный статус:** | | | | **учусь  / работаю  / не работаю  / пенсионер** | | | | | | | | |
| **Б. Данные о животном, принимаемом на страхование** | | | | | | | | | | | | |
| **Вид животного:** | | | | **Кошка  / Собака** | | | | **Кличка:** |  | | | |
| **Порода:** | | | |  | | | | **Окрас:** |  | | | |
| **Дата рождения:** | | | |  | | | | **Полных лет (мес.):** |  | | | |
| **Пол:** | | | | **М  / Ж** | | | | **Кастрировано:** | **Да  / Нет** | | | |
| **Размеры животного (текущий месяц)** | | | | | Вес (масса): | | | (кг) | Рост в холке: | | (см) | |
| **Наличие чипа[[2]](#footnote-2):** | | | | **Да  / Нет** | | | | **Номер чипа:** |  | | | |
| **Номер клейма:** | | | |  | | | | **Инвентарный номер:** |  | | | |
| **Наличие метрики / родословной:** | | | | | **Да  / Нет** | | | **Наличие ветеринарного паспорта:** | | | **Да  / Нет** | |
| **Обработано от паразитов:** | | | | | **Да  / Нет** | | | **Если да, укажите примерную дату последней обработки от паразитов:** | | | **\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_** | |
| **Укажите данные из ветеринарного паспорта о вакцинации животного за последний год:** | | | | Дата вакцинации: | \_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_ | | | Полное название вакцины (см.наклейку): |  | | | |
| Дата вакцинации: | \_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_ | | | Полное название вакцины (см.наклейку): |  | | | |
| Дата вакцинации: | \_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_ | | | Полное название вакцины (см.наклейку): |  | | | |
| **Особые приметы:** | | | |  | | | | | | | | |
| **Содержание:** | | | | **в квартире  / уличное (на цепи / в будке / в вольере)  / вольное (свободный выгул)** | | | | | | | | |
| **Кормление:** | | | | **готовые корма  / натуральное кормление  / смешанное (в т.ч. «со стола»)** | | | | | | | | |
| **Участвует ли животное в выставках?** | | | | | **Да (на территории РФ)  / Да (на территории и за пределами РФ)  / Нет** | | | | | | | |
| **Участие животного:** | | | | **в бегах (за исключением аджилити)  / в боях  / охранная  / не участвует** | | | | | | | | |
| **Используется ли животное в разведении (в т.ч. племенном, с коммерческой целью)?** | | | | | | | | | | | **Да  / Нет** | |
| **Предполагаемый срок начала страхования (дата):** | | | | | | | | **(число)** | **(месяц)** | | **(год)** | |
| **Программа страхования:** | | | | **ВЕТВРАЧ НА СВЯЗИ** | | | | **ТРАВМА.ВЕТ** | **КЛЕЩ.ВЕТ** | | **МАКСИМА.ВЕТ** | |
| **ВЕТВРАЧ НА СВЯЗИ +** | | | | **ТРАВМА.ВЕТ +** | **КЛЕЩ.ВЕТ +** | |
| **Наличие других животных\*:** | | | | | **Да  / Нет** | | | *\* в случае положительного ответа, заполнить блок «В»* | | | | |
| **В\*. Данные о животных, проживающих вместе с принимаемым на страхование** | | | | | | | | | | | | |
| **Вид животного 1:** | | | |  | Кличка: | |  | | | Пол: | М  / Ж | |
| Порода: |  | | | | Окрас: | |  | | Дата рождения: | |  | |
| Наличие полиса ВСЖ Ингосстрах у животного: | | | | | | | Да  / Нет | | № полиса | |  | |
| **Вид животного 2:** | | | |  | Кличка: | |  | | | Пол: | М  / Ж | |
| Порода: |  | | | | Окрас: | |  | | Дата рождения: | |  | |
| Наличие полиса ВСЖ Ингосстрах у животного: | | | | | | | Да  / Нет | | № полиса | |  | |
| **Г. Ветеринарная анкета животного, принимаемого на страхование** | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Дата последнего обращения к ветеринарному врачу, по поводу какого заболевания?** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Как часто посещаете ветеринарную клинику?** | | | | | | | | | | | | |
| не посещаем | | | только вакцино-профилактика | | 1-2 раза в год | | | 3-6 раз в год | 7-12 раз в год | | чаще | |
| 1. **К каким специалистам обращаетесь наиболее часто?** | | | | | | | | | | | | |
| терапевт | | | | | кардиолог | | | | дерматолог / аллерголог | | | |
| хирург / травматолог | | | | | офтальмолог | | | | стоматолог | | | |
| 1. **Проходило ли животное ранее стационарное лечение? Если «да», то укажите год, диагноз и проведенное лечение** | | | | | | | | | | | Да  / Нет | |
| Год | | Диагноз | | | | | | | Лечение (операция / терапия) | | | |
|  | |  | | | | | | |  | | | |
|  | |  | | | | | | |  | | | |
| 1. **Было ли животному рекомендовано или планируется ли в ближайшее время оперативное лечение? Если «да», то какое и по поводу какого заболевания?** | | | | | | | | | | | Да  / Нет | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Ставили ли животному когда-нибудь следующие диагнозы? Если «да», то укажите год начала заболевания:** | | | | | | | | | | | Да  / Нет | |
| Диагноз | | | | | | Год | | Диагноз | | | | Год |
| Бешенство | | | | | |  | | Сап | | | |  |
| Ящур | | | | | |  | | Сибирская язва | | | |  |
| Болезнь Ауески | | | | | |  | | Инфекционный (герпесвирусный) ринотрахеит | | | |  |
| Парагрипп | | | | | |  | | Чума плотоядных (болезнь Карре) | | | |  |
| Бруцеллез | | | | | |  | | Кампилобактериоз | | | |  |
| Лептоспироз | | | | | |  | | Листериоз | | | |  |
| Лихорадка Ку | | | | | |  | | Некробактериоз | | | |  |
| Пастереллез разных видов | | | | | |  | | Псевдомоноз | | | |  |
| Сальмонеллез | | | | | |  | | Туберкулез:  легких  почек  суставов  другой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  |
| Хламидиоз | | | | | |  | | Трихинеллез | | | |  |
| Вирусный иммунодефицит | | | | | |  | | Вирусный лейкоз (лейкемия) | | | |  |
| Инфекционный перитонит | | | | | |  | | Парвовирусный энтерит (в т.ч. панлейкопения (чума кошек)) | | | |  |
| Калицивироз | | | | | |  | | Коронавирусный энтерит | | | |  |
| Токсоплазмоз | | | | | |  | | Туляремия | | | |  |
| Дирофиляриоз | | | | | |  | | Артроз (артрит) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  |
| Сахарный диабет | | | | | |  | | Паралич (парез) | | | |  |
| Эпилепсия | | | | | |  | | Дисплазия суставов | | | |  |
| Расстройство поведения, вредные привычки  *Какое*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |  | | Травма  *Какая*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  |
| Онкологическое заболевание  *Какое*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |  | | Болезни, передаваемые членистоногими (клещами)  пироплазмоз  бабезиоз  гемобартенеллез  другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  |
| Заболевания **сердца**  *Какое*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |  | | Заболевания **желудка и/или кишечника**  *Какое*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  |
| Заболевания **почек** / почечная недостаточность  *Какое*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |  | | Заболевания **печени**:  гепатит  цирроз печени  печеночная недостаточность  другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  |
| Заболевания **кожи**  *Какое*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |  | | Аллергия (пищевая, лекарственная)  *Какая*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  |
| Врожденный порок развития / крипторхизм  *Какой*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |  | | Приобретенный порок органа или системы  *Какой*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  |
| 1. **Укажите заболевания, которые отмечались у животного ранее или имеются в настоящее время, но не были указаны выше:** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Отмечаете ли Вы сейчас у своего животного какие-либо симптомы? Если «да», то укажите, какие:** | | | | | | | | | | | Да  / Нет | |
| кровь в кале | | | | понос | рвота | | | хромота | кашель | | слепота | |
| резкая потеря веса | | | | судороги | расчесы, зуд | | | резкий набор веса | другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 1. **Укажите, какие лекарственные препараты животное регулярно принимает в настоящее время:** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Настоящим я подтверждаю, что все вопросы настоящей Анкеты мне понятны, а данные мной ответы на указанные вопросы являются правдивыми. Я проинформирован и согласен, что несу ответственность за достоверность предоставленной информации о состоянии здоровья своего животного и в случае, если в процессе действия договора выявится, что мною предоставлена недостоверная информация, СПАО «Ингосстрах» имеет право прекратить договор страхования в отношении животного, данные о состоянии здоровья которого не соответствуют сведениям, указанным в настоящей Анкете.  Я также подтверждаю, что проинформирован агентом/сотрудником СПАО «Ингосстрах» об исключениях из программ добровольного страхования животных, а также о том, что по результатам рассмотрения настоящей анкеты СПАО «Ингосстрах» вправе запросить у меня документально подтвержденные данные о состоянии здоровья животного (при этом ветеринарная документация должна быть представлена не позднее 30 календарных дней с момента оформления ветеринарным и иным уполномоченным учреждением с приложением печати (штампа). Я также уполномочиваю любого зарегистрированного ветеринарного врача, ветеринарное учреждение, страховую организацию, владеющих записями или воспоминаниями о здоровье моего животного передавать всю такую информацию, включая первичную медицинскую историю, страховому обществу или его перестраховщикам. Я отказываюсь от каких-либо претензий по поводу передачи вышеназванной информации страховому обществу и его перестраховщикам  Настоящим я также подтверждаю своё согласие на обработку моих персональных данных в соответствии с Федеральным законом РФ «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27 июля 2006 года в целях исполнения СПАО «Ингосстрах» обязательств по договору ветеринарного страхования животных. | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г. | | | |
| *подпись* | | | | | *расшифровка* | | | | *дата* | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| *Заполняется представителем СПАО «Ингосстрах»* | | | | | | | | | | | | |
| Заявление и медицинскую анкету принял: | | | | | | | | | | | | |
| Агент □ | | | | Сотрудник □ |  | | | | | |  | |
| *(отметить нужное)* | | | | | *(Ф.И.О.)* | | | | | | *(подпись)* | |

1. К заполнению обязательны все поля анкеты-заявления. Анкета, заполненная не полностью и не подписанная, не может быть принята к рассмотрению. [↑](#footnote-ref-1)
2. На страхование принимаются только кошки и собаки, имеющие вживленный чип для идентификации. [↑](#footnote-ref-2)