|  |  |
| --- | --- |
| 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)