|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Creation Date: | 29/11/2005 | GROUP HEALTH INSURANCE APPLICATION FORM | | Logo A-Group |
| Print Date: | 29/11/2005 | LB0044-EA01CX | Page 1 of 4 |

КОРПОРАТИВНАЯ АНКЕТА ПО МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

Предоставленная информация будет сохраняться Страховой Компанией A-Qroup строго конфиденциально. Эта анкета должна быть подписана уполномоченным представителем компании.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Имя и адрес заявителя** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Основная деятельность заявителя:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Требуемый срок страхования:** | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | - |  | | (дд.мм.гггг) |  | (дд.мм.гггг) | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Требуемое страховое покрытие:** | | **Да** | **Нет** |
| **1** | Скорая помощь |  |  |
| **2** | Амбулаторная помощь |  |  |
| **3** | Стационарная помощь |  |  |
| **4** | Терапевтическая стоматологическая помощь |  |  |
| **5** | Плановая вакцинация |  |  |
| **6** | Родовспоможение (ведение берменности, роды, послеродовой период) |  |  |
| **7** | Ежегодный медицинский чекап |  |  |
| **8** | Лечение хронических заболеваний |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **Лимит на амбулаторные препараты:** |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 500 AZN |  |  | 1 000 AZN |  |  | Без лимита |  |  | Другое |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Creation Date: | 29/11/2005 | GROUP HEALTH INSURANCE APPLICATION FORM | | Logo A-Group |
| Print Date: | 29/11/2005 | LB0044-EA01CX | Page 2 of 4 |

|  |
| --- |
| 1. **Лимит ответственности для каждого застрахованного:** |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 20 000 AZN |  |  | 30 000 AZN |  |  |  | Другое |  | |

|  |
| --- |
| 1. **Страхование требуется для:** |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Только сотрудники |  |  |  | Сотрудники и члены семьи |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Общее количество сотрудников заявителя:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Количество сотрудников, подлежащих страхованию:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Мужчин: |  |  |  | Женщин: |  |  1. **Из них:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Количество страхуемых сотрудников по профессиональным группам:** | | **Всего** | **Работающих в оффшоре** |
| **1** | Менеджмент |  |  |
| **2** | Офисные сотрудники |  |  |
| **3** | Служащие |  |  |
| **4** | Водители |  |  |
| **5** | Охрана |  |  |
| **6** | Рабочие |  |  |
| **7** | Другие (укажите) |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Creation Date: | 29/11/2005 | GROUP HEALTH INSURANCE APPLICATION FORM | | Logo A-Group |
| Print Date: | 29/11/2005 | LB0044-EA01CX | Page 3 of 4 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Количество страхуемых сотрудников по возрастному критерию:** | | |
| **1** | Младше 25 лет |  |
| **2** | От 25 до 35 лет |  |
| **3** | От 35 до 45 лет |  |
| **4** | От 45 до 60 лет |  |
| **5** | От 60 лет (Предельно допустимый возраст – 69 лет) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Страхуемые члены семей (только супруги и дети):** | | |
| **1** | Количество взрослых |  |
| **2** | Количество детей |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Количество страхуемых детей по возрастному критерию:** | | |
| **1** | Младше 1 года |  |
| **2** | От 1 года до 3 лет |  |
| **3** | От 3 до 7 лет |  |
| **4** | От 7 до 14 лет |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Да |  |  |  | Нет |  |  1. **Проводит ли Ваша компания медицинский**   **осмотр при приеме на работу?**  Если да, пожалуйста, укажите имя медицинского провайдера:   |  | | --- | |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Creation Date: | 29/11/2005 | GROUP HEALTH INSURANCE APPLICATION FORM | | Logo A-Group |
| Print Date: | 29/11/2005 | LB0044-EA01CX | Page 4 of 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Да |  |  |  | Нет |  |  1. **Были ли сотрудники Вашей компании застрахованы ранее?**   Если да, пожалуйста, укажите период действия полиса и страховую компанию:   |  | | --- | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Да |  |  |  | Нет |  |  1. **Отказывали ли когда-либо Заявителю в предоставлении услуг по данному виду страхования?**   Если да, пожалуйста, предоставьте необходимую информацию:   |  | | --- | |  | |

**Заявитель информирован о том, что если будут какие-либо изменения в ответах по данной форме, произошедшие между датой заполнения анкеты и датой начала полиса, Заявитель немедленно поставит в известность Страховую Компанию об этих изменениях.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Подпись уполномоченного представителя:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Имя уполномоченного представителя:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Должность:** |  |