

РОСГОССТРАХ ЖИЗНЬ

121059, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Дорогомилово, ул. Киевская, д. 7, к. 1 Лицензии Банка России: СЖ № 3879, СЛ № 3879

Nº	ОТ					
ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРА	ХОВАНИЕ					
ПОЛЯ, ГДЕ ТРЕБУЕТСЯ ВЫБРА	АТЬ ОТВЕТ, ПРОСИ	ИМ ОТМЕТИТЬ ЗНАКОМ	V			
1. СТРАХОВАТЕЛЬ (для	физического лиц	а или индивидуального	предпринима	теля)		
Ф. И. О.						
ИНН РФ (при наличии)	СНИЛ	IC (при наличии)		Гражд	цанство	
Дата рождения	г. Место ро	ждения				
Фамилия при рождении				Пол:	□ мужской	□ женский
Документ, удостоверяющий личность		серия		номер		
Кем и когда выдан						
					код подраздел	ения
Данные миграционной карты:						
серия (при наличии)	но	мер				
Дата начала срока пребывания п Российской Федерации			ончания срока п кой Федерации			. г.
Данные документа, подтвержда	ющего право иностן	ранного гражданина или л	пица без гражда	анства на преб	ывание (прожива	ние) в Российской
Федерации: наименование до	кумента	ce	оия (при наличи	и) и номер		
Дата начала срока пребывания п Российской Федерации	В .		ончания срока п кой Федерации			. г.
ин Адрес регистрации: де кс		страна				
регион (область, республика, кра	ай, район)					
город/населенный пункт						
улица						
дом (корп., стр.)		квартира				
Адрес фактического места жительства	□ совпада	ает с адресом регистраци	и			
индек с	страна					
регион (область, республика, кра	ай, район)					
город/населенный пункт						
улица						
дом (корп., стр.)		квартира				
Контактный телефон	E-ma	ail			Факс	
Банковские реквизиты						
Номер счета:		БИК:				
Вид трудовой деятельности:	□ предприниматель	🗌 офисный работник	□ рабочий	□ студент	□ другое	
Место работы		Должн	ость			

Наличие бенефициарного владельца* (БВ)		
□ Да □ Нет – контролирующее лицо отсутствует		
Ф.И.О. БВ		
Дата рождения БВ г.		
Место рождения БВ		
Гражданство БВ Российская Федерация иное (указать):		
ИНН РФ БВ (при наличии)		
Налоговое резидентство БВ (страна):		
TIN БВ (при наличии)		
Являетесь ли Вы / Ваш бенефициарный владелец (нужное подчеркнуть) иностранным публичным должностным лицом, его супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей или нисходящей линии (родителем или ребенком, дедушкой, бабушкой или внуком), полнородными или неполнородными (имеющими общего отца или мать) братом или сестрой, усыновителем или усыновленным)? В случае ответа «да», укажите степень родства / должность, наименование и адрес работодателя:	□Да	□ Нет
Являетесь ли Вы / Ваш бенефициарный владелец (нужное подчеркнуть) должностным лицом публичных международных организаций, его супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей или нисходящей линии (родителем или ребенком, дедушкой, бабушкой или внуком), полнородными или неполнородными (имеющими общего отца или мать) братом или сестрой, усыновителем или усыновленным)? В случае ответа «да», укажите степень родства / должность, наименование и адрес работодателя:	□Да	□ Нет
Являетесь ли Вы / Ваш бенефициарный владелец (нужное подчеркнуть) российским публичным должностным лицом, а также лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Банка России, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Банке России, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации, а также супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей или нисходящей линии (родителем или ребенком, дедушкой, бабушкой или внуком), полнородными или неполнородными (имеющими общего отца или мать) братом или сестрой, усыновителем или усыновленным) вышеперечисленных лиц? В случае ответа «да», укажите степень родства / должность, наименование и адрес работодателя:	□Да	□ Нет
Являетесь ли Вы резидентом США, налогоплательщиком США? В случае ответа «да», необходимо предоставить основание для признания статуса налогового резидента США (паспорт гражданина США, Green Card – форма I-551, доказательство долгосрочного пребывания в США¹), а также предоставить форму W-9 и согласие на передачу информации в Налоговую службу США.	□Да	□ Нет
Являетесь ли Вы налоговым резидентом другой страны (отличной от Российской Федерации)? В случае ответа «да», перечислите все страны и укажите ИНН для каждой страны или причину отсутствия ИНН:	□Да	□ Нет
Являетесь ли Вы санкционным лицом, а также лицом, находящимся под прямым или косвенным контролем лица (лиц) из списка физических лиц (с изменениями и дополнениями), публикуемого источником санкций и действующего на текущий момент, а также списка юридических лиц согласно следующим перечням: • Идентификационный список секторальных санкций, в отношении которых введены секторальные санкции • Список граждан особых категорий и запрещённых лиц и список иностранных лиц, уклоняющихся от санкций, публикуемые ОFAC • Списки исключенных лиц и списки юридических лиц, публикуемые Министерством торговли США • Список запрещенных лиц, Список иностранных террористических организаций и список террористов, публикуемые Государственным департаментом США	□Да	□ Нет
 Списки Европейского союза об ограничительных мерах против физических и юридических лиц Санкционный список в отношении Аль-Каиды, составленный и обновляемый Комитетом по санкциям против Аль-Каиды при Совете безопасности ООН 		

^{*} Бенефициарный владелец – физическое лицо, которое в конечном счете прямо или косвенно (через третьих лиц) владеет (имеет преобладающее участие более 25 процентов в капитале) клиентом – юридическим лицом либо имеет возможность контролировать действия клиента.

¹ Срок нахождения физического лица (индивидуального предпринимателя) на территории США не менее 31 дня в течение текущего календарного года и не менее 183 дней в течение 3 лет, включая текущий год и два непосредственно предшествующих года. При этом сумма дней, в течение которых физическое лицо присутствовало на территории иностранного государства в текущем году, а также в двух предшествующих годах, умножается на установленный коэффициент:

⁻ коэффициент для текущего года равен 1 (т. е. учитываются все дни, проведенные в США в текущем году);

коэффициент предшествующего года равен 1/3;

⁻ коэффициент позапрошлого года равен 1/6. Налоговыми резидентами США не признаются учителя, студенты и стажеры, временно присутствовавшие на территории США на основании виз типа «F», «J», «М» или «Q».).

Для физического лица, зарегистрированного в качестве ИП:					
ОГРНИП Дата государственной регистрации	Г.				
Документ, подтверждающий факт внесения ЕГРИП записи об указанной государственной регистрации					
Наименование и адрес регистрирующего органа					
Сведения о лицензии вид 🔲 срочная/ 🔲 бессрочная номер					
Дата выдачи лицензии г. Срок действия лицензии:					
Кем выдана:					
Реквизиты документа, подтверждающего его полномочия					
Сведения о деятельности клиента – физического лица или индивидуального предпринимателя					
Сведения о целях установления и предполагаемом характере деловых отношений клиента с ООО СК «Росгосстрах Жизнь»:					
□ обеспечение защиты интересов клиента – страхование □ другие цели					
Цели финансово-хозяйственной деятельности (сведения о планируемых операциях) □ Страхование (указать программу страхования) □ Другие цели					
Сведения о финансовом положении					
Сведения о деловой репутации положительная негативная (наличие действующей профессиональной дисквалификации, непогашенной судимости, административного всоответствии с законодательством Российской Федерации, наличие просроченной задолженности в кредитной организации)	зыскания в				
Источники происхождения денежных средств, которыми оплачивается страховая премия					
□ собственные □ зае мные средства (указать) ————————————————————————————————————					
Сведения о принадлежности клиента (регистрация, место нахождения, наличие счета в банке)					
Исламская республика Иран Да Нет					
Корейская Народно-Демократическая Республика 🔲 Да 🔲 Нет					
Сведения о представителе (при его наличии)					
ФИО:					
Реквизиты документа, подтверждающего его полномочия:					
наименование номер					
дата выдачи г. срок действия					
В случае если со стороны Страхователя действует его представитель, то к настоящему заявлению требуется приложи идентификации (сведения о ФЛ), заполненную в отношении представителя Страхователя	ить Анкету				
 ЗАСТРАХОВАННЫЙ (заполняется если отличается от Страхователя) ☐ Застрахованный совпадает со Страховател 	пем				
Ф. И. О.					
ИНН (при наличии) СНИЛС (при наличии) Гражданство					
Дата рождения г. Место рождения					
Фамилия при рождении Пол: Мужской Мен	нский				
Документ, удостоверяющий личность серия номер					
Кем и когда выдан	_				
код подразделения					
Данные миграционной карты:					
серия (при наличии) номер					

Дата начала срока пребывания в		г.
Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребыва	ние (проживание) в Российской
Федерации: наименование документа серия (при наличии) и номер		
Дата начала срока пребывания в Дата окончания срока пребывания в Российской Федерации г. г. Российской Федерации		г.
Адрес регистрации: индекс страна		
регион (область, республика, край, район)		
город/населенный пункт		
улица		
дом (корп., стр.)		
Адрес фактического места жительства Совпадает с адресом регистрации		
индекс страна		
регион (область, республика, край, район)		
город/населенный пункт		
улица		
дом (корп., стр.)		
Контактный телефон E-mail Факс		
Банковские реквизиты		
Номер счета: БИК:		
Вид трудовой деятельности 🔲 предприниматель 🔲 офисный работник 🔲 рабочий 🔲 студент	□ другое	
Место работы Должность		
Является ли физическое лицо иностранным публичным должностным лицом, его супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей или нисходящей линии (родителем или ребенком, дедушкой, бабушкой или внуком), полнородными или неполнородными (имеющими общего отца или мать) братом или сестрой, усыновителем или усыновленным)? В случае ответа «да», укажите степень родства / должность, наименование и адрес работодателя:	Да	□ Нет
Является ли физическое лицо должностным лицом публичных международных организаций, его супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей или нисходящей линии (родителем или ребенком, дедушкой, бабушкой или внуком), полнородными или неполнородными (имеющими общего отца или мать) братом или сестрой, усыновителем или усыновленным)? В случае ответа «да», укажите степень родства / должность, наименование и адрес работодателя:	□Да	□ Нет
Является ли физическое лицо российским публичным должностным лицом, а также лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Банка России, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Банке России, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации, а также супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей или нисходящей линии (родителем или ребенком, дедушкой, бабушкой или внуком), полнородными или неполнородными (имеющими общего отца или мать) братом или сестрой, усыновителем или усыновленным) вышеперечисленных лиц? В случае ответа «да», укажите степень родства / должность, наименование и адрес работодателя:		
Является ли физическое лицо резидентом США, налогоплательщиком США? В случае ответа «да», необходимо предоставить основание для признания статуса налогового резидента США (паспорт гражданина США, Green Card — форма I-551, доказательство долгосрочного пребывания в США¹), а также предоставить форму W-9 и согласие на передачу информации в Налоговую службу США.	□ Да	□ Нет

¹ Срок нахождения физического лица (индивидуального предпринимателя) на территории США не менее 31 дня в течение текущего календарного года и не менее 183 дней в течение 3 лет, включая текущий год и два непосредственно предшествующих года. При этом сумма дней, в течение которых физическое лицо присутствовало на территории иностранного государства в текущем году, а также в двух предшествующих годах, умножается на установленный коэффициент:

коэффициент для текущего года равен 1 (т. е. учитываются все дни, проведенные в США в текущем году);

⁻ коэффициент предшествующего года равен 1/3;

⁻ коэффициент позапрошлого года равен 1/6. Налоговыми резидентами США не признаются учителя, студенты и стажеры, временно присутствовавшие на территории США на основании виз типа «F», «J», «М» или «Q».).

Являетесь ли Вы налоговым резидентом другой страны (отличной от Российской Федерации)? В случае ответа «да», перечислите все страны и укажите ИНН для каждой страны или причину отсутствия ИНН:] Нет	
Являетесь ли Вы санкционным лицом, а также лицом, находящимся под прямым или косвенным контролем лица (лиц) из списка физических лиц (с изменениями и дополнениями), публикуемого источником санкций и действующего на текущий момент, а также списка юридических лиц согласно следующим перечням: • Идентификационный список секторальных санкций, в отношении которых введены секторальные санкции • Список граждан особых категорий и запрещённых лиц и список иностранных лиц, уклоняющихся от санкций, публикуемые ОFAC • Списки исключенных лиц и списки юридических лиц, публикуемые Министерством торговли США • Список запрещенных лиц, Список иностранных террористических организаций и список террористов, публикуемые Государственным департаментом США • Списки Европейского союза об ограничительных мерах против физических и юридических лиц • Санкционный список в отношении Аль-Каиды, составленный и обновляемый Комитетом по санкциям против Аль-Каиды при Совете безопасности ООН							
Сведения о представителе (при его наличии)							
ФИО:							
Реквизиты документа, подтверждающего его полномочия							
3. ТЕХНИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ							
Программа страхования	Срок страхования (лет)	Валюта договора страхования	Размер	ежегодно взноса в і			го
Финансовый резерв		рубль					
ОСНОВНАЯ ПРОГРАММА (обязательно включается в договор ст	рахования)						
Дожитие Застрахованного до окончания срока страхования							
Смерть Застрахованного по любой причине							
Инвалидность Застрахованного с установлением I, II группы инвалидности по любой причине							
ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА (включается в договор страхования по желанию, подключение рисков осуществляется пакетами)							
Пакет 1							
Смерть Застрахованного в результате несчастного случая							
Смерть Застрахованного в результате транспортного происшест	гвия						
□ Пакет 2							
Инвалидность Застрахованного с установлением I, II группы инв	алидности в результат	е несчастного случая					
Непрерывная временная утрата трудоспособности Застрахован	ным в результате несч	астного случая					
□ Пакет 3							
Первичное диагностирование Застрахованному критического за (в соответствии со Списком критических заболеваний №2)	болевания с освобожд	ением от уплаты стра	аховых вз	вносов1			
+ выберите одно из указанных ниже покрытий (выплата или лечение):							
□ Первичное диагностирование Застрахованному критического заболевания (в соответствии со Списком критических заболеваний №2)							
☐ Обращение Застрахованного за предоставлением медицинских или иных услуг, предусмотренных Программой ДМС «Диагностирование и лечение критического заболевания», вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного, требующих получения таких услуг							
4. ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛИ НА СЛУЧАЙ СМЕРТИ ЗАСТРА	ХОВАННОГО						
4.1.ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛИ (для физического лица или инди	ивидуального предприн	имателя)					
□ наследники Застрахованного	🗌 иные лица, у	казанные ниже:					
1. Ф. И. О.		Дата ро	ждения				г.
Кем приходится Застрахованному				Доля		%	
2. Ф. И. О.		Дата ро	ждения			г.	
Кем приходится Застрахованному				Доля		%	

¹ Риск включается в договор страхования при выборе Пакета 3, в случае если Застрахованный совпадает со Страхователем.

3. Ф. И. О. Дата рожд	цения .	. г.
Кем приходится Застрахованному	Доля	%
4. Ф. И. О. Дата рожд	цения .	. г.
Кем приходится Застрахованному	Доля	%
4.2.ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛИ (для юридических лиц и иностранных структур без образования юридического	лица (ИСБОЮЛ))
Полное наименование организации		
Доля %		
5. ЦЕЛИ СТРАХОВАНИЯ		
□ защита семьи □ страхование жизни заёмщика кредита □ иное		
6. ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДАХ (указывается заработная плата Застрахованного за последние 3 (три) года в рублях)		
в 20 г. рублей в 20 г. рублей в 20 г.	r	ублей
7. OCOBЫЕ РИСКИ		,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,
(информация предоставляется о Застрахованном)		
7.1. Подвергаетесь ли Вы особому риску на работе (например, взрывы, излучение, яд, токсические вещества, применение оружия, работа на высоте)?		
	□ Да	□ Нет
Если ответ «да», то какому именно: 7.2. Занимаетесь ли Вы спортом (например, участие в соревнованиях, полёты, прыжки с парашютом,		
парусный спорт, альпинизм, дайвинг и т.п.)?	 □ Да	□ Нет
Укажите виды спорта:		
7.3. Выезжаете ли Вы за рубеж в места военных конфликтов, чрезвычайных катастроф?		
Если «да», то укажите страны:	□Да	□ Нет
8. СТРАХОВАЯ ИСТОРИЯ (информация предоставляется о Застрахованном)		
Застраховано ли лицо, принимаемое на страхование и указанное в данном заявлении, в качестве Застрахованного, или было застраховано или заполнялись заявления на страхование в других страховых компаниях по договорам страхования жизни и/или от несчастных случаев и болезней?	□ да	□ нет
Укажите название страховой компании Вид страхования		
Срок страхования с г. до г. Страховая сумма		
Возникли ли сложности при оформлении страхования или были ли отклонены/отозваны заявления	□ да	□ нет
Подробности:		
9. УСТАНОВЛЕНИЕ ПОВЫШАЮЩЕГО КОЭФФИЦИЕНТА		
В случае, если по факту рассмотрения настоящего заявления на страхование будет установлен повышающи дает своё согласие на:	ій коэффициент	, Страхователь
□ доплату страховой премии в размере и сроки, установленные Страховщиком		
□ уменьшение страховой суммы Страховщиком (без доплаты страховой премии)		
10. МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА ЗАСТРАХОВАННОГО		
10.1. Рост, см Вес, кг 10.2. Артериальное давление верхнее (систолическое)	нижнее (диаст	олическое)
10.3. Информация о курении за последние 12 месяцев (количество сигарет в день), шт./день		
10.4. Употребление алкоголя (вид алкоголя и количество за неделю в литрах):		
пиво:		
вино:		
крепкие напитки (>40°):		I
10.5. Представляли ли Вас на медико-социальную экспертизу, устанавливалась ли Вам группа инвалидности, получали ли Вы в связи с этим какие-либо пособия?	□ да	□ нет
10.6. Проходите ли Вы в настоящее время медицинское обследование (за исключением регулярных обследований по контролю здоровья или профосмотров), получаете ли медицинскую консультацию, находитесь ли на стационарном лечении в больнице или другом медицинском учреждении?	□ да	□ нет

10.7. Употребляете/употребляли ли Вы наркотики, токсичные вещества?		□ да	□ нет
10.8. Страдаете/страдали ли Вы алкоголизмом и/или состоите/состояли на учете в наркологиче психоневрологическом диспансере?	еском или	□ да	□ нет
Обращались ли Вы за медицинской помощью по нижеперечисленным заболеваниям или отд известно, что они у вас имеются/имелись:	ельным их	с признакам ил	и Вам стало
10.9. Заболевания органов зрения, слуха, обоняния или какие-либо нарушения со стороны этих т. д.?	органов и	□ да	□ нет
10.10. Эпилепсия, обмороки, потеря сознания, судорожные припадки, нарушения мозгового кровооб инсульт, нарушение речи, параличи, невротические состояния, другие нарушения психики или системы и т. д.?		□ да	□ нет
10.11. Боли в груди, высокое кровяное давление, одышка, сердечные приступы, инфаркт и нарушение сердечного ритма сердца, пороки сердца или другие заболевания и нарушения с сосудистой системы и т. д.?		□ да	□ нет
10.12. Заболевания дыхательной системы (бронхит, пневмония, бронхиальная астма, плеврит, тулегких и т. д.)?	/беркулез	□ да	□ нет
10.13. Заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, язвенная болезнь, колит, холецистит, па цирроз печени, гепатит и т. д.)?	нкреатит,	□ да	□ нет
10.14. Заболевания мочевыводящей системы (пиелонефрит, гломерулонефрит, мочекаменная бт. д.)?	олезнь и	□ да	□ нет
10.15. Заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, зоб и т. д.)?		□ да	□ нет
10.16. Заболевания опорно-двигательного аппарата (позвоночника, костей конечностей, суставов, артрит, подагра, ревматизм, деформация суставов, конечностей или отсутствие последних и т. д.?	мышц) –	□ да	□ нет
10.17. Новообразования (опухоли) – доброкачественные или злокачественные, кисты органов и т. д	ι.?	□ да	□ нет
10.18. Диагностировалось ли у Вас состояние иммунодефицита (СПИД) или аналогичное ему?		□ да	□ нет
10.19.Проходили ли Вы тест на ВИЧ? Если «Да», укажите результат		□ да	□ нет
10.20. Состоите ли Вы (состояли) под динамическим наблюдением, на диспансерном учете и полу (получали) какое-либо систематическое лечение?	учаете ли	□ да	□ нет
10.21. Рекомендовали ли Вам врачи пройти обследование, госпитализироваться в больницу или операцию, однако, Вы не следовали рекомендациям?	1 сделать	□ да	□ нет
10.22. Имелись ли у вас другие болезни, травмы, операции, госпитализации за последние 5 лет?		□ да	□ нет
10.23. Употребляете ли Вы какие-либо медикаменты курсами по назначению врача (за искл витаминов)? Если "Да", укажите наименование препаратов:	почением	□ да	□ нет
10.24. Ваш отец, мать, братья, сестры страдали или страдают в настоящее время от какого-либо заб сердечно-сосудистой системы (инфаркта миокарда, повышенное кровяное давление, нарушение се ритма), психических расстройств, сахарного диабета, инсульта мозга, болезней почек, наследственных врожденных болезней?	ердечного	□ да	□ нет
Если «да», то кто и с какого возраста, какой диагноз?			
В случае смерти, укажите возраст на момент смерти и причину смерти			
Дополнения к ответам «да» в п.п. 10.5 – 10.22 (укажите номер вопроса, известные Вам продолжительность лечения, адреса медицинских учреждений или лечащих врачей и их фамилии):	признаки з	аболевания, ди	иагнозы, даты,
Если Вам не хватает места для указания какой-либо информации, приложите, пожалуйста, дополнительный лист.			
Дополнительный лист прилагается	TDOVOCOC:	омпония «Росс-	острау Жизги г
Застрахованный дает свое согласие на получение Обществом с ограниченной ответственностью (121059, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Дорогомилово, ул. Киевская, д. 7, к. 1) в це. перестрахования: медицинской информации от любого врача (медицинского учреждения), консультировался и/или лечился, а также будет обращаться в последующем; на получение необходи	пях исполн у которого	ения договора Застрахованн	страхования и ый когда-либо

медицинских и других органах (учреждениях) для проверки предоставленной информации, а также для выяснения всех обстоятельств наступления страхового случая; на получение любой информации от страховых компаний, к которым Застрахованный обращался с заявлениями на страхование жизни, данное согласие дано без ограничения срока действия.

На основании положений Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» Застрахованный разрешает медицинским и иным учреждениям предоставлять информацию о состоянии его здоровья, о фактах обращения за оказанием медицинской помощи, диагнозе, иных сведений, полученных при медицинском обследовании и лечении Застрахованного, составляющие врачебную тайну, в том числе предоставление соответствующих копий документов, по запросу Страховщика.

Страхователь и Застрахованный в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» свободно, своей волей и в своем интересе дают свое согласие Обществу с ограниченной ответственностью Страховая компания «Росгосстрах Жизнь» (место нахождения: 121059, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Дорогомилово, ул. Киевская, д. 7, к. 1), Публичному акционерному обществу Страховая Компания «Росгосстрах» (место нахождения: 140002, Московская область, г. Люберцы, ул. Парковая, д. 3), перестраховщикам (Акционерное общество «Российская Национальная Перестраховочная Компания» (место нахождения: 125047, г. Москва, ул. Гашека, д. 6, Помещение XII)) и ассистанским компаниям (сервисным организациям) (Madanes Advanced Healthcare Services Ltd. (место

нахождения: 67060, Израиль, Тель-Авив, ул. Хашлоша, д. 2)) на обработку их персональных данных (включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), трансграничную передачу, в том числе в страны, обеспечивающие и не обеспечивающие адекватную защиту прав субъектов персональных данных (Израиль, США), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) совершаемую с использованием средств автоматизации или без использования таких средств. Цель обработки персональных данных: заключение, сопровождение, исполнение, прекращение договора страхования и перестрахования, а также выполнение требований законодательства Российской Федерации. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие (при условии их раскрытия субъектом персональных данных): фамилия, имя, отчество, в том числе фамилия при рождении; идентификационный номер налогоплательщика; номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования; гражданство; дата рождения; место рождения; пол; серия и номер документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных, дата выдачи документа, орган, выдавший документ; серия и номер миграционной карты; дата начала и окончания срока пребывания в Российской Федерации; данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации; адрес регистрации; адрес фактического места жительства; контактные номера телефонов (мобильного и/или домашнего); адреса электронной почты; факс; реквизиты банковского счета; вид трудовой деятельности; место работы; должность, сведения о документе, подтверждающем полномочия представителя (наименование, номер, дата, срок действия); информация о состоянии здоровья и диагнозах Страхователя (Застрахованного) (в т. ч. составляющая врачебную тайну в соответствии со ст. 13, 19, 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). Страховщик вправе поручить обработку персональных данных другому лицу, на основании заключаемого с этим лицом договора. Страховщик оставляет за собой право изменить перечень ассистанских компаний (сервисных организаций) / перестраховщиков, а также список стран, в которые может быть осуществлена трансграничная передача в связи с указанными изменениями. Актуальный перечень ассистанских компаний (сервисных организаций) / перестраховщиков / стран, в которые может быть осуществлена трансграничная передача, представлен на сайте Страховщика в разделе «Раскрытие информации» (www.rgsl.ru/info/). Согласие на обработку персональных данных начинает свое действие с момента подписания заявления и действует в течение всего срока действия договора страхования, а также в течение 5 (пяти) лет с даты его прекращения. Согласие может быть отозвано в любое время путем направления Страховщику письменного уведомления (путем направления заказного письма с уведомлением о вручении либо путем вручения лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика).

Страхователь дает свое согласие на подписание договора страхования со стороны Страховщика факсимильным воспроизведением подписей уполномоченных лиц Страховщика и факсимильным оттиском печати Страховщика, которые признаются аналогом собственноручной подписи уполномоченных лиц Страховщика и оригинала печати Страховщика. Страхователь подтверждает, что такое подписание является надлежащим подписанием договора страхования.

Страхователь предупрежден о том, что все банковские расходы, связанные с оплатой страховой премии, несет Страхователь.
□ Страхователь дает согласие Обществу с ограниченной ответственностью Страховая компания «Росгосстрах Жизнь» (121059, г. Москва
вн.тер.г. муниципальный округ Дорогомилово, ул. Киевская, д. 7, к. 1), Публичному акционерному обществу Страховая Компания «Росгосстрах»
(140002, Московская область, г. Люберцы, ул. Парковая, д. 3) на обработку и использование указанного в заявлении на страхование номера
мобильного телефона, адреса электронной почты с целью оповещения/информирования об услугах и страховых продуктах Общества с
ограниченной ответственностью Страховая компания «Росгосстрах Жизнь» (121059, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Дорогомилово,
ул. Киевская, д. 7, к. 1), Публичного акционерного общества Страховая Компания «Росгосстрах» (140002, Московская область, г. Люберцы, ул.
Парковая, д. 3), сообщения информации в отношении договора страхования, заключенного со Страхователем, и/или информации по
страховому случаю, а также для поздравления с официальными праздниками и маркетинговых исследований.
□ Застрахованный дает согласие Обществу с ограниченной ответственностью Страховая компания «Росгосстрах Жизнь» (121059, г. Москва
вн.тер.г. муниципальный округ Дорогомилово, ул. Киевская, д. 7, к. 1), Публичному акционерному обществу Страховая Компания «Росгосстрах»
(140002, Московская область, г. Люберцы, ул. Парковая, д. 3) на обработку и использование указанного в заявлении на страхование номера
мобильного телефона, адреса электронной почты с целью оповещения/информирования об услугах и страховых продуктах Общества с
ограниченной ответственностью Страховая компания «Росгосстрах Жизнь» (121059, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Дорогомилово,
ул. Киевская, д. 7, к. 1), Публичного акционерного общества Страховая Компания «Росгосстрах» (140002, Московская область, г. Люберцы, ул.
Парковая, д. 3), сообщения информации в отношении договора страхования, заключенного со Страхователем, и/или информации по

Согласие на получение информации по каналам связи дано без ограничения срока действия и может быть отозвано в любой момент времени путем направления Страховщику письменного заявления.

страховому случаю, а также для поздравления с официальными праздниками и маркетинговых исследований.

Страхователь и Застрахованный подтверждают, что будут заявлять Страховщику обо всех изменениях в информации, сообщенной ими в настоящем заявлении.

Страхователь и Застрахованный заявляют, что сведения, сообщенные Страховщику, являются полными, правдивыми и точными; не упущены и не скрыты факты, касающиеся прошлого и настоящего состояния здоровья Застрахованного, также его профессиональной деятельности и занятий спортом.

Страхователь и Застрахованный знают, что сообщение заведомо ложных сведений по вопросам, сформулированным в данном заявлении на страхование, иных формах и анкетах Страховщика, может явиться основанием для отказа Страховщика в признании случая страховым и осуществлении страховой выплаты, а также признания договора страхования недействительным в установленном законом порядке.

Страхователь и Застрахованный, подписывая настоящее заявление на страхование, дают свое согласие на обработку их персональных данных с использованием средств автоматизации или без использования таких средств в соответствии с настоящим заявлением на страхование

Ф.И.О. СТРАХОВАТЕЛЯ:	Ф.И.О. ЗАСТРАХОВАННОГО:
подпись	подпись
дата заполнения	дата заполнения

СЛУЖЕБНЫЕ ОТМЕТКИ (заполняется сотрудником Банка)

Ф. И. О. МЕНЕДЖЕРА (полностью)	
НАИМЕНОВАНИЕ ТОЧКИ ПРОДАЖ	
ЦИФРОВОЙ НОМЕР ТОЧКИ ПРОДАЖ (4 цифры)	