

Лицензии Банка России: СЖ № 3879, СЛ № 3879

Nº	ОТ						
ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХО	ВАНИ	E					
ПОЛЯ, ГДЕ ТРЕБУЕТСЯ ВЫБРАТЬ	ОТВЕТ,	ПРОСИМ ОТМЕТИТ	ь знаком	V			
1. СТРАХОВАТЕЛЬ (для фы	зическо	го лица или индиви	идуального	о предпринима	теля)		
Ф. И. О.							
ИНН РФ (при наличии)		СНИЛС (при наличи	и)		Граждан	ство	
Дата рождения	г. Мес	то рождения					
Фамилия при рождении					Пол:	□ мужской	женский
Документ, удостоверяющий личнос	ТЬ		серия		номер		
Кем и когда выдан							
					К	од подразделен	1Я
Данные миграционной карты:							
серия (при наличии)		номер					
Дата начала срока пребывания в Ро Федерации	оссийской			Дата окончания Российской Фед	срока пребывани ерации	ІЯ В	г.
Данные документа, подтверждающ	его право	иностранного гражд	цанина или	лица без гражда	анства на пребыв	ание (проживані	ne) в Российской
Федерации: наименование док	умента		ce	рия (при наличи	и) и номер		
Дата начала срока пребывания в Ро Федерации	оссийской			Дата окончания Российской Фед	срока пребывани ерации	ІЯ В	г.
Адрес регистрации: индекс		стр	рана				
регион (область, республика, край,	район)						
город/населенный пункт							
улица							
дом (корп., стр.)		кварті	ира				
Адрес фактического места жительс	тва	□ совпадае	т с адресог	и регистрации			
индекс	страна	1					
регион (область, республика, край,	район)						
город/населенный пункт							
улица							
дом (корп., стр.)		кварті	ира				
Контактный телефон		E-mail				Факс	
Банковские реквизиты							
Номер счета:			БИК:				
Вид трудовой деятельности:	П пред	приниматель	🗌 офисн	ый работник	□ рабочий	🗌 студент	□ другое
Место работы			Должн	ость			
Наличие бенефициарного владелы	ца* (БВ)						
□ Да □ Нет – контролирующее ли	іцо отсут	ствует					

<sup>\*</sup> 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.

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 США <sup>1</sup> ), 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  • Списки Европейского союза об ограничительных мерах против физических и юридических лиц	□ Да	□ Нет	
• Санкционный список в отношении Аль-Каиды, составленный и обновляемый Комитетом по санкциям против Аль-Каиды при Совете безопасности ООН			
Для физического лица, зарегистрированного в качестве ИП:			
ОГРНИП Дата государственной регистраци	ии .	. г.	
Документ, подтверждающий факт внесения ЕГРИП записи об указанной государственной регистрации			

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> 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:

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

коэффициент предшествующего года равен 1/3;

<sup>-</sup> 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».).

Наименование и адрес регистрирующего органа					
Сведения о лицензии вид 🔲 срочная/ Свессрочная номер					
Дата выдачи лицензии г. Срок действия лицензии:					
Кем выдана:					
Перечень видов лицензируемой деятельности (при наличии)					
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 взыскания в соответствии с законодательством Российской Федерации, наличие просроченной задолженности в кредитной организации)					
Источники происхождения денежных средств, которыми оплачивается страховая премия					
□ собственные □ заемные □ иные 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 приложить Анкету идентификации (сведения о ФЛ), заполненную в отношении представителя Страхователя					
2. ЗАСТРАХОВАННЫЙ (заполняется если отличается от Страхователя) 🔲 Застрахованный совпадает со Страхователем					
Ф. И. О.					
ИНН (при наличии) СНИЛС (при наличии) Гражданство					
Дата рождения г. Место рождения					
Фамилия при рождении Пол: Мужской Мужской женский					
Документ, удостоверяющий личность серия номер					
Кем и когда выдан					
код подразделения					
Данные миграционной карты:					
серия (при наличии) номер					
Дата начала срока пребывания в					
Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (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 Ф	акс			
Банковские реквизиты				
Номер счета: БИК:				
Вид трудовой деятельности 🔲 предприниматель 🔲 офисный работник 🔲 рабочий 🔲 студент	друго	е		
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		
	1			
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 І-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		

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> 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);

<sup>-</sup> коэффициент предшествующего года равен 1/3;

<sup>-</sup> 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 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				
дата выдачи г.				
3. ТЕХНИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ				
Программа страхования	Срок страхования	Валюта договора	Размер ежегодн	юго страхового
Търограмни отражевания	(лет)	страхования	взноса в	•
Стратегия на пять	5	рубль		
ОСНОВНАЯ ПРОГРАММА (обязательно включается в договор ст	рахования)			
Дожитие Застрахованного до окончания срока страхования				
Смерть Застрахованного по любой причине				
Смерть Застрахованного в результате несчастного случая     ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛИ НА СЛУЧАЙ СМЕРТИ ЗАСТРА	YORAHHOFO			
4.1.ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛИ (для физического лица или инди	видуального предприн	имателя)		
□ наследники Застрахованного	🗌 иные лица, ун	казанные ниже:		
1. Ф. И. О.		Дата ро	ждения	г.
Кем приходится Застрахованному			Доля	%
2. Ф. И. О. Дата рождения г.				
Кем приходится Застрахованному			Доля	
			• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	%
3. Ф. И. О.		Дата ро	ждения .	. г.
3. Ф. И. О. Кем приходится Застрахованному		Дата ро		
			эждения .	. г.
Кем приходится Застрахованному			ждения Доля	. г.
Кем приходится Застрахованному 4. Ф. И. О.	нных структур без обра	Дата ро	ождения . Доля ождения . Доля	. г. % . г. %
Кем приходится Застрахованному  4. Ф. И. О.  Кем приходится Застрахованному	нных структур без обра	Дата ро	ождения . Доля ождения . Доля	. г. % . г. %
Кем приходится Застрахованному  4. Ф. И. О.  Кем приходится Застрахованному  4.2.ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛИ (для юридических лиц и иностра	нных структур без обра	Дата ро	ождения . Доля ождения . Доля	. г. % . г. %
Кем приходится Застрахованному  4. Ф. И. О.  Кем приходится Застрахованному  4.2. ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛИ (для юридических лиц и иностра	нных структур без обра	Дата ро	ождения . Доля ождения . Доля	. г. % . г. %
Кем приходится Застрахованному  4. Ф. И. О.  Кем приходится Застрахованному  4.2. ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛИ (для юридических лиц и иностратильное наименование организации  Доля %	нных структур без обра	Дата ро	ождения . Доля ождения . Доля	. г. % . г. %
Кем приходится Застрахованному  4. Ф. И. О.  Кем приходится Застрахованному  4.2. ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛИ (для юридических лиц и иностратолное наименование организации  Доля %  5. ЦЕЛИ СТРАХОВАНИЯ		Дата ро	ождения . Доля ождения . Доля	. г. % . г. %
<ul> <li>Кем приходится Застрахованному</li> <li>Ф. И. О.</li> <li>Кем приходится Застрахованному</li> <li>4.2. ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛИ (для юридических лиц и иностратильное наименование организации</li> <li>Доля %</li> <li>ЦЕЛИ СТРАХОВАНИЯ</li> <li>□ защита семьи □ страхование жизни заёмщика кредита</li> </ul>		Дата ро	ождения . Доля ождения . Доля	. г. % . г. %
Кем приходится Застрахованному  4. Ф. И. О.  Кем приходится Застрахованному  4.2. ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛИ (для юридических лиц и иностратолное наименование организации  Доля %  5. ЦЕЛИ СТРАХОВАНИЯ	а	Дата ро	ождения . Доля ождения . Доля	. г. % . г. %
Кем приходится Застрахованному  4. Ф. И. О.  Кем приходится Застрахованному  4.2. ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛИ (для юридических лиц и иностратильное наименование организации  Доля %  5. ЦЕЛИ СТРАХОВАНИЯ  □ защита семьи □ страхование жизни заёмщика кредита  6. ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДАХ	а	Дата ро	ождения . Доля ождения . Доля	. г. % . г. %
Кем приходится Застрахованному  4. Ф. И. О.  Кем приходится Застрахованному  4.2. ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛИ (для юридических лиц и иностратильное наименование организации  Доля %  5. ЦЕЛИ СТРАХОВАНИЯ  □ защита семьи □ страхование жизни заёмщика кредитательное праводней выполнения вывычновнительным выполнения выс	и  □ иноеие 3 (три) года в рублях	Дата ро азования юридическо	ождения . Доля ождения . Доля	. г. % . г. %

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.)? Укажите виды спорта:	□Да	□ Нет		
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 повышающ дает своё согласие на:	ий коэффициен	г, Страхователь		
Доплату страховой премии в размере и сроки, установленные Страховщиком				
<ul><li></li></ul>				
10.1. Рост, см Вес, кг 10.2. Артериальное давление верхнее (систолическое)	нижнее (диас	голическое)		
<ul><li>10.3. Информация о курении за последние 12 месяцев (количество сигарет в день), шт./день</li><li>10.4. Употребление алкоголя (вид алкоголя и количество за неделю в литрах):</li></ul>				
пиво:				
вино:				
Sinc.				
крепкие напитки (>40°):				
крепкие напитки (>40°):  10.5. Представляли ли Вас на медико-социальную экспертизу, устанавливалась ли Вам группа	□ да	□ нет		
10.5. Представляли ли Вас на медико-социальную экспертизу, устанавливалась ли Вам группа инвалидности, получали ли Вы в связи с этим какие-либо пособия?  10.6. Проходите ли Вы в настоящее время медицинское обследование (за исключением регулярных обследований по контролю здоровья или профосмотров), получаете ли медицинскую консультацию,	□ да	□ нет □ нет		
10.5. Представляли ли Вас на медико-социальную экспертизу, устанавливалась ли Вам группа инвалидности, получали ли Вы в связи с этим какие-либо пособия?  10.6. Проходите ли Вы в настоящее время медицинское обследование (за исключением регулярных				
10.5. Представляли ли Вас на медико-социальную экспертизу, устанавливалась ли Вам группа инвалидности, получали ли Вы в связи с этим какие-либо пособия?  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?  10.7. Употребляете/употребляли ли Вы наркотики, токсичные вещества?  10.8. Страдаете/страдали ли Вы алкоголизмом и/или состоите/состояли на учете в наркологическом или	□ да	П нет		
10.5. Представляли ли Вас на медико-социальную экспертизу, устанавливалась ли Вам группа инвалидности, получали ли Вы в связи с этим какие-либо пособия?  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?  10.7. Употребляете/употребляли ли Вы наркотики, токсичные вещества?  10.8. Страдаете/страдали ли Вы алкоголизмом и/или состоите/состояли на учете в наркологическом или психоневрологическом диспансере?  Обращались ли Вы за медицинской помощью по нижеперечисленным заболеваниям или отдельным в	□ да □ да □ да	<ul><li> нет</li><li> нет</li><li> нет</li></ul>		
10.5. Представляли ли Вас на медико-социальную экспертизу, устанавливалась ли Вам группа инвалидности, получали ли Вы в связи с этим какие-либо пособия?  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?  10.7. Употребляете/употребляли ли Вы наркотики, токсичные вещества?  10.8. Страдаете/страдали ли Вы алкоголизмом и/или состоите/состояли на учете в наркологическом или психоневрологическом диспансере?  Обращались ли Вы за медицинской помощью по нижеперечисленным заболеваниям или отдельным и известно, что они у вас имеются/имелись:  10.9. Заболевания органов зрения, слуха, обоняния или какие-либо нарушения со стороны этих органов и	□ да □ да □ да □ да	<ul><li> нет</li><li> нет</li><li> нет</li></ul>		
10.5. Представляли ли Вас на медико-социальную экспертизу, устанавливалась ли Вам группа инвалидности, получали ли Вы в связи с этим какие-либо пособия?  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?  10.7. Употребляете/употребляли ли Вы наркотики, токсичные вещества?  10.8. Страдаете/страдали ли Вы алкоголизмом и/или состоите/состояли на учете в наркологическом или психоневрологическом диспансере?  Обращались ли Вы за медицинской помощью по нижеперечисленным заболеваниям или отдельным и известно, что они у вас имеются/имелись:  10.9. Заболевания органов зрения, слуха, обоняния или какие-либо нарушения со стороны этих органов и т. д.?  10.10. Эпилепсия, обмороки, потеря сознания, судорожные припадки, нарушения мозгового кровообращения, инсульт, нарушение речи, параличи, невротические состояния, другие нарушения психики или нервной	□ да □ да □ да	□ нет □ нет □ нет пи Вам стало		
10.5. Представляли ли Вас на медико-социальную экспертизу, устанавливалась ли Вам группа инвалидности, получали ли Вы в связи с этим какие-либо пособия?  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?  10.7. Употребляете/употребляли ли Вы наркотики, токсичные вещества?  10.8. Страдаете/страдали ли Вы алкоголизмом и/или состоите/состояли на учете в наркологическом или психоневрологическом диспансере?  Обращались ли Вы за медицинской помощью по нижеперечисленным заболеваниям или отдельным и известно, что они у вас имеются/имелись:  10.9. Заболевания органов зрения, слуха, обоняния или какие-либо нарушения со стороны этих органов и т. д.?  10.10. Эпилепсия, обмороки, потеря сознания, судорожные припадки, нарушения мозгового кровообращения, инсульт, нарушение речи, параличи, невротические состояния, другие нарушения психики или нервной системы и т. д.?  10.11. Боли в груди, высокое кровяное давление, одышка, сердечные приступы, инфаркт миокарда, нарушение сердечного ритма сердца, пороки сердца или другие заболевания и нарушения сердечно-	□ да □ да □ да их признакам ил	□ нет □ нет □ нет пи Вам стало □ нет		
10.5. Представляли ли Вас на медико-социальную экспертизу, устанавливалась ли Вам группа инвалидности, получали ли Вы в связи с этим какие-либо пособия?  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?  10.7. Употребляете/употребляли ли Вы наркотики, токсичные вещества?  10.8. Страдаете/страдали ли Вы алкоголизмом и/или состоите/состояли на учете в наркологическом или психоневрологическом диспансере?  Обращались ли Вы за медицинской помощью по нижеперечисленным заболеваниям или отдельным известно, что они у вас имеются/имелись:  10.9. Заболевания органов зрения, слуха, обоняния или какие-либо нарушения со стороны этих органов и т. д.?  10.10. Эпилепсия, обмороки, потеря сознания, судорожные припадки, нарушения мозгового кровообращения, инсульт, нарушение речи, параличи, невротические состояния, другие нарушения психики или нервной системы и т. д.?  10.11. Боли в груди, высокое кровяное давление, одышка, сердечные приступы, инфаркт миокарда, нарушение сердечного ритма сердца, пороки сердца или другие заболевания и нарушения сердечнососудистой системы и т. д.?	□ да	нет нет нет нет нет		
10.5. Представляли ли Вас на медико-социальную экспертизу, устанавливалась ли Вам группа инвалидности, получали ли Вы в связи с этим какие-либо пособия?  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?  10.7. Употребляете/употребляли ли Вы наркотики, токсичные вещества?  10.8. Страдаете/страдали ли Вы алкоголизмом и/или состоите/состояли на учете в наркологическом или психоневрологическом диспансере?  Обращались ли Вы за медицинской помощью по нижеперечисленным заболеваниям или отдельным известно, что они у вас имеются/имелись:  10.9. Заболевания органов зрения, слуха, обоняния или какие-либо нарушения со стороны этих органов и т. д.?  10.10. Эпилепсия, обмороки, потеря сознания, судорожные припадки, нарушения мозгового кровообращения, инсульт, нарушение речи, параличи, невротические состояния, другие нарушения психики или нервной системы и т. д.?  10.11. Боли в груди, высокое кровяное давление, одышка, сердечные приступы, инфаркт миокарда, нарушение сердечного ритма сердца, пороки сердца или другие заболевания и нарушения сердечнососудистой системы и т. д.?  10.12. Заболевания дыхательной системы (бронхит, пневмония, бронхиальная астма, плеврит, туберкулез легких и т. д.)?		нет		
10.5. Представляли ли Вас на медико-социальную экспертизу, устанавливалась ли Вам группа инвалидности, получали ли Вы в связи с этим какие-либо пособия?  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?  10.7. Употребляете/употребляли ли Вы наркотики, токсичные вещества?  10.8. Страдаете/страдали ли Вы алкоголизмом и/или состоите/состояли на учете в наркологическом или психоневропогическом диспансере?  Обращались ли Вы за медицинской помощью по нижеперечисленным заболеваниям или отдельным в известно, что они у вас имеются/имелись:  10.9. Заболевания органов зрения, слуха, обоняния или какие-либо нарушения со стороны этих органов и т. д.?  10.10. Эпилепсия, обмороки, потеря сознания, судорожные припадки, нарушения мозгового кровообращения, инсульт, нарушение речи, параличи, невротические состояния, другие нарушения психики или нервной системы и т. д.?  10.11. Боли в груди, высокое кровяное давление, одышка, сердечные приступы, инфаркт миокарда, нарушение сердечного ритма сердца, пороки сердца или другие заболевания и нарушения сердечнососудистой системы и т. д.?  10.12. Заболевания дыхательной системы (бронхит, пневмония, бронхиальная астма, плеврит, туберкулез легких и т. д.)?  10.13. Заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, язвенная болезнь, колит, холецистит, панкреатит, цирроз печени, гепатит и т. д.)?	□ да	нет		
10.5. Представляли ли Вас на медико-социальную экспертизу, устанавливалась ли Вам группа инвалидности, получали ли Вы в связи с этим какие-либо пособия?  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?  10.7. Употребляете/употребляли ли Вы наркотики, токсичные вещества?  10.8. Страдаете/страдали ли Вы алкоголизмом и/или состоите/состояли на учете в наркологическом или психоневрологическом диспансере?  Обращались ли Вы за медицинской помощью по нижеперечисленным заболеваниям или отдельным и известно, что они у вас имеются/имелись:  10.9. Заболевания органов зрения, слуха, обоняния или какие-либо нарушения со стороны этих органов и т. д.?  10.10. Эпилепсия, обмороки, потеря сознания, судорожные припадки, нарушения мозгового кровообращения, инсульт, нарушение речи, параличи, невротические состояния, другие нарушения психики или нервной системы и т. д.?  10.11. Боли в груди, высокое кровяное давление, одышка, сердечные приступы, инфаркт миокарда, нарушение сердечного ритма сердца, пороки сердца или другие заболевания и нарушения сердечнососудистой системы и т. д.?  10.12. Заболевания дыхательной системы (бронхит, пневмония, бронхиальная астма, плеврит, туберкулез легких и т. д.)?	□ да □ да □ да пх признакам из □ да	нет		
10.5. Представляли ли Вас на медико-социальную экспертизу, устанавливалась ли Вам группа инвалидности, получали ли Вы в связи с этим какие-либо пособия?  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?  10.7. Употребляете/употребляли ли Вы наркотики, токсичные вещества?  10.8. Страдаете/страдали ли Вы алкоголизмом и/или состоите/состояли на учете в наркологическом или психоневрологическом диспансере?  Обращались ли Вы за медицинской помощью по нижеперечисленным заболеваниям или отдельным известно, что они у вас имеются/имелись:  10.9. Заболевания органов зрения, слуха, обоняния или какие-либо нарушения со стороны этих органов и т. д.?  10.10. Эпилепсия, обмороки, потеря сознания, судорожные припадки, нарушения мозгового кровообращения, инсульт, нарушение речи, параличи, невротические состояния, другие нарушения психики или нервной системы и т. д.?  10.11. Боли в груди, высокое кровяное давление, одышка, сердечные приступы, инфаркт миокарда, нарушение сердечного ритма сердца, пороки сердца или другие заболевания и нарушения сердечнососудистой системы и т. д.?  10.12. Заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, язвенная болезнь, колит, холецистит, панкреатит, цирроз печени, гепатит и т. д.)?  10.13. Заболевания мечевыводящей системы (пиелонефрит, гломерулонефрит, мочекаменная болезнь и т. д.)?  10.14. Заболевания мочевыводящей системы (пиелонефрит, гломерулонефрит, мочекаменная болезнь и т. д.)?	□ да	нет		
10.5. Представляли ли Вас на медико-социальную экспертизу, устанавливалась ли Вам группа инвалидности, получали ли Вы в связи с этим какие-либо пособия?  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?  10.7. Употребляете/употребляли ли Вы наркотики, токсичные вещества?  10.8. Страдаете/страдали ли Вы алкоголизмом и/или состоите/состояли на учете в наркологическом или психоневрологическом диспансере?  Обращались ли Вы за медицинской помощью по нижеперечисленным заболеваниям или отдельным и известно, что они у вас имеются/имелись:  10.9. Заболевания органов зрения, слуха, обоняния или какие-либо нарушения со стороны этих органов и т. д.?  10.10. Эпилепсия, обмороки, потеря сознания, судорожные припадки, нарушения мозгового кровообращения, инсульт, нарушение речи, параличи, невротические состояния, другие нарушения психики или нервной системы и т. д.?  10.11. Боли в груди, высокое кровяное давление, одышка, сердечные приступы, инфаркт миокарда, нарушение сердечного ритма сердца, пороки сердца или другие заболевания и нарушения сердечнососудистой системы и т. д.?  10.12. Заболевания дыхательной системы (бронхит, пневмония, бронхиальная астма, плеврит, туберкулез легких и т. д.)?  10.13. Заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, язвенная болезнь, колит, холецистит, панкреатит, цирроз печени, гепатит и т. д.)?  10.14. Заболевания мочевыводящей системы (пиелонефрит, гломерулонефрит, мочекаменная болезнь и т. д.)?		нет		
10.5. Представляли ли Вас на медико-социальную экспертизу, устанавливалась ли Вам группа инвалидности, получали ли Вы в связи с этим какие-либо пособия?  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?  10.7. Употребляете/употребляли ли Вы наркотики, токсичные вещества?  10.8. Страдаете/страдали ли Вы алкоголизмом и/или состоите/состояли на учете в наркологическом или психоневрологическом диспансере?  Обращались ли Вы за медицинской помощью по нижеперечисленным заболеваниям или отдельным и завестно, что они у вас имеются/имелись:  10.9. Заболевания органов эрения, слуха, обоняния или какие-либо нарушения со стороны этих органов и т. д.?  10.10. Эпилепсия, обмороки, потеря сознания, судорожные припадки, нарушения мозгового кровообращения, инсульт, нарушение речи, параличи, невротические состояния, другие нарушения психики или нервной системы и т. д.?  10.11. Боли в груди, высокое кровяное давление, одышка, сердечные приступы, инфаркт миокарда, нарушение сердечного ритма сердца, пороки сердца или другие заболевания и нарушения сердечнососудистой системы и т. д.?  10.12. Заболевания дыхательной системы (бронхит, пневмония, бронхиальная астма, плеврит, туберкулез легких и т. д.)?  10.13. Заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, язвенная болезнь, колит, холецистит, панкреатит, цирроз печени, гепатит и т. д.)?  10.14. Заболевания мочевыводящей системы (пиелонефрит, гломерулонефрит, мочекаменная болезнь и т. д.)?  10.15. Заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, зоб и т. д.)?  10.16. Заболевания опорно-двигательного аппарата (позвоночника, костей конечностей, суставов, мышц) – артрит, подагра, ревматизм, деформация суставов, конечностей или отсутствие последних и т. д.?	□ да □ да □ да	HET		
10.5. Представляли ли Вас на медико-социальную экспертизу, устанавливалась ли Вам группа инвалидности, получали ли Вы в связи с этим какие-либо пособия?  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?  10.7. Употребляете/употребляли ли Вы наркотики, токсичные вещества?  10.8. Страдаете/страдали ли Вы алкоголизмом и/или состоите/состояли на учете в наркологическом или психоневрологическом диспансере?  10.8. Обращались ли Вы за медицинской помощью по нижеперечисленным заболеваниям или отдельным известно, что они у вас имеются/имелись:  10.9. Заболевания органов зрения, слуха, обоняния или какие-либо нарушения со стороны этих органов и т. д.?  10.10. Эпилепсия, обмороки, потеря сознания, судорожные припадки, нарушения мозгового кровообращения, инсульт, нарушение речи, параличи, невротические состояния, другие нарушения психики или нервной системы и т. д.?  10.11. Боли в груди, высокое кровяное давление, одышка, сердечные приступы, инфаркт миокарда, нарушение сердечного ритма сердца, пороки сердца или другие заболевания и нарушения сердечнососудстой системы и т. д.?  10.12. заболевания дыхательной системы (бронхит, пневмония, бронхиальная астма, плеврит, туберкулез легких и т. д.)?  10.13. Заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, язвенная болезнь, колит, холецистит, панкреатит, цирроз печени, гепатит и т. д.)?  10.14. Заболевания мочевыводящей системы (пиелонефрит, гломерулонефрит, мочекаменная болезнь и т. д.)?  10.15. Заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, зоб и т. д.)?  10.16. Заболевания опорно-двигательного аппарата (позвоночника, костей конечностей, суставов, мышц) – артрит, подагра, ревматизм, деформация суставов, конечностей или отсутствие последних и т. д.?		нет		

10.21. Рекомендовали ли Вам врачи пройти обследование, госпитализироваться в больницу или сделать операцию, однако, Вы не следовали рекомендациям?	□ 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 исключением витаминов)? Если "Да", укажите наименование препаратов:	□ да	□ нет
10.24. Ваш отец, мать, братья, сестры страдали или страдают в настоящее время от какого-либо заболевания сердечно-сосудистой системы (инфаркта миокарда, повышенное кровяное давление, нарушение сердечного ритма), психических расстройств, сахарного диабета, инсульта мозга, болезней почек, опухолей, наследственных врожденных болезней?	□ 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 признаки продолжительность лечения, адреса медицинских учреждений или лечащих врачей и их фамилии):	заболевания, ди	иагнозы, даты,
		иагнозы, даты,

Застрахованный дает свое согласие на получение Обществом с ограниченной ответственностью Страховая компания «Росгосстрах Жизнь» (121059, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Дорогомилово, ул. Киевская, д. 7, к. 1) в целях исполнения договора страхования и перестрахования: медицинской информации от любого врача (медицинского учреждения), у которого Застрахованный когда-либо консультировался и/или лечился, а также будет обращаться в последующем; на получение необходимой информации в правоохранительных, 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 Страховам Компания «Росгосстрах» (140002, Московская область, г. Люберцы, ул. Парковая, д. 3), сообщения информации в отношении договора страхования, заключенного со Страхованов в любой момент времени путем направления с траховыму случаю, а также для поздравления с официальными праздниками и маркетинго				
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)				