

№		ОТ		
ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВАНИЕ				
ПОЛЯ, ГДЕ ТРЕБУЕТСЯ ВЫБРАТЬ ОТВЕТ, ПРОСИМ ОТМЕТИТЬ ЗНАКОМ V				
1. СТРАХОВАТЕЛЬ (для физического лица или индивидуального предпринимателя)				
Ф. И. О.				
ИНН РФ (при наличии)		СНИЛС (при наличии)		Гражданство
Дата рождения		г.	Место рождения	
Фамилия при рождении			Пол:	<input type="checkbox"/> мужской <input type="checkbox"/> женский
Документ, удостоверяющий личность		серия	номер	
Кем и когда выдан				
код подразделения				
Данные миграционной карты:				
серия (при наличии)		номер		
Дата начала срока пребывания в Российской Федерации		г.	Дата окончания срока пребывания в Российской Федерации	
		г.		
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 Российской Федерации		г.	Дата окончания срока пребывания в Российской Федерации	
		г.		
Адрес регистрации:				
инд		страна		
екс				
регион (область, республика, край, район)				
город/населенный пункт				
улица				
дом (корп., стр.)		квартира		
Адрес фактического места жительства <input type="checkbox"/> совпадает с адресом регистрации				
индекс		страна		
регион (область, республика, край, район)				
город/населенный пункт				
улица				
дом (корп., стр.)		квартира		
Контактный телефон		E-mail		Факс
Банковские реквизиты				
Номер счета:		БИК:		
Вид трудовой деятельности: <input type="checkbox"/> предприниматель <input type="checkbox"/> офисный работник <input type="checkbox"/> рабочий <input type="checkbox"/> студент <input type="checkbox"/> другое				
Место работы		Должность		

Наличие бенефициарного владельца* (БВ)		
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет – контролирующее лицо отсутствует		
Ф.И.О. БВ		
Дата рождения БВ . . . г.		
Место рождения БВ		
Гражданство БВ <input type="checkbox"/> Российская Федерация <input type="checkbox"/> иное (указать):		
ИНН РФ БВ (при наличии)		
Налоговое резидентство (страна):		
TIN (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:	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> 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 запрещенных лиц и список иностранных лиц, уклоняющихся от санкций, публикуемые OFAC • 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	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Для физического лица, зарегистрированного в качестве ИП:		

\* 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.

<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);

- 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», «M» или «Q»).

ОГРНИП		Дата государственной регистрации		г.
Документ, подтверждающий факт внесения ЕГРИП записи об указанной государственной регистрации				
Наименование и адрес регистрирующего органа				
Сведения о лицензии вид <input type="checkbox"/> срочная/ <input type="checkbox"/> бессрочная 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»:				
<input type="checkbox"/> обеспечение защиты интересов клиента – страхование <input type="checkbox"/> другие цели				
Цели финансово-хозяйственной деятельности (сведения о планируемых операциях)				
<input type="checkbox"/> Страхование (указать программу страхования)				
<input type="checkbox"/> Другие цели				
Сведения о финансовом положении <input type="checkbox"/> устойчивое/ <input type="checkbox"/> неустойчивое				
Сведения о деловой репутации				
<input type="checkbox"/> положительная				
<input type="checkbox"/> 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				
<input type="checkbox"/> собственные <input type="checkbox"/> заемные <input type="checkbox"/> иные средства (указать)				
Сведения о принадлежности клиента (регистрация, место нахождения, наличие счета в банке)				
Исламская республика Иран		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	
Корейская Народно-Демократическая Республика		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> 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				
<b>2. ЗАСТРАХОВАННЫЙ (заполняется если отличается от Страхователя) <input type="checkbox"/> Застрахованный совпадает со Страхователем</b>				
Ф. И. О.				
ИНН (при наличии)		СНИЛС (при наличии)		Гражданство
Дата рождения		г.	Место рождения	
Фамилия при рождении			Пол:	<input type="checkbox"/> мужской <input type="checkbox"/> женский
Документ, удостоверяющий личность		серия	номер	
Кем и когда выдан				
код подразделения				
Данные миграционной карты:				
серия (при наличии)		номер		
Дата начала срока пребывания в Российской Федерации		г.	Дата окончания срока пребывания в Российской Федерации	
		г.		

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 Российской Федерации . . . г.		Дата окончания срока пребывания в Российской Федерации . . . г.
Адрес регистрации: индекс страна регион (область, республика, край, район) город/населенный пункт улица дом (корп., стр.) квартира		
Адрес фактического места жительства <input type="checkbox"/> совпадает с адресом регистрации индекс страна регион (область, республика, край, район) город/населенный пункт улица дом (корп., стр.) квартира		
Банковские реквизиты		
Номер счета:		БИК:
Вид трудовой деятельности <input type="checkbox"/> предприниматель <input type="checkbox"/> офисный работник <input type="checkbox"/> рабочий <input type="checkbox"/> студент <input type="checkbox"/> 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:		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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:		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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:		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
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 США <sup>1</sup> ), а также предоставить форму W-9 и согласие на передачу информации в Налоговую службу США.		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Являетесь ли Вы налоговым резидентом другой страны (отличной от Российской Федерации)?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

<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);

- 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», «M» или «Q»).

В случае ответа «да», перечислите все страны и укажите ИНН для каждой страны или причину отсутствия ИНН:			
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: <ul style="list-style-type: none"> <li>Идентификационный список секторальных санкций, в отношении которых введены секторальные санкции</li> <li>Список граждан особых категорий и запрещённых лиц и список иностранных лиц, уклоняющихся от санкций, публикуемые OFAC</li> <li>Списки исключённых лиц и списки юридических лиц, публикуемые Министерством торговли США</li> <li>Список запрещённых лиц, Список иностранных террористических организаций и список террористов, публикуемые Государственным департаментом США</li> <li>Списки Европейского союза об ограничительных мерах против физических и юридических лиц</li> <li>Санкционный список в отношении Аль-Каиды, составленный и обновляемый Комитетом по санкциям против Аль-Каиды при Совете безопасности ООН</li> </ul>		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Сведения о представителе (при его наличии)			
ФИО:			
Реквизиты документа, подтверждающего его полномочия			
дата выдачи		дата выдачи	
<b>3. ТЕХНИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ</b>			
Срок страхования (лет)	Страховой взнос (ежегодно), рубли	Страховой взнос (единовременно), рубли	
7	_____ (указать прописью)	_____ (указать прописью)	
<b>4. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ</b>			
Дожитие Застрахованного до окончания срока страхования			
Смерть Застрахованного по любой причине			
Смерть Застрахованного в результате несчастного случая			
Инвалидность Застрахованного с установлением I, II группы инвалидности в результате несчастного случая с освобождением от уплаты страховых взносов			
Обращение Застрахованного за предоставлением медицинских или иных услуг, предусмотренных Программой ДМС <b>«Медицинские обследования»</b> , в связи с необходимостью проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и/или устраняющих их <sup>1</sup>			
+ выберите одно из указанных ниже покрытий (выплата или лечение):			
<input type="checkbox"/> Первичное диагностирование Застрахованному критического заболевания (в соответствии со Списком критических заболеваний №2)			
<input type="checkbox"/> Обращение Застрахованного за предоставлением медицинских или иных услуг, предусмотренных Программой ДМС <b>«Диагностирование и лечение критического заболевания»</b> , вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного, требующих получения таких услуг			
<b>5. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛИ НА СЛУЧАЙ СМЕРТИ ЗАСТРАХОВАННОГО</b>			
<b>5.1. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛИ (для физического лица или индивидуального предпринимателя)</b>			
<input type="checkbox"/> наследники Застрахованного <input type="checkbox"/> иные лица, указанные ниже:			
1. Ф. И. О.	Дата рождения	.	г.
Кем приходится Застрахованному	Доля	%	
2. Ф. И. О.	Дата рождения	.	г.
Кем приходится Застрахованному	Доля	%	
3. Ф. И. О.	Дата рождения	.	г.
Кем приходится Застрахованному	Доля	%	
4. Ф. И. О.	Дата рождения	.	г.
Кем приходится Застрахованному	Доля	%	

<sup>1</sup> По данному риску Застрахованный может обращаться за предоставлением медицинских обследований (check-up) не чаще чем 1 раз в 2 года.

5.2. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛИ (для юридических лиц и иностранных структур без образования юридического лица (ИСБЮЛ))			
Полное наименование организации _____			
Доля                      %			
<b>6. ОСОБЫЕ РИСКИ</b> (информация предоставляется о Застрахованном)			
6.1. Подвергаетесь ли Вы особому риску на работе (например, взрывы, излучение, яд, токсические вещества, применение оружия, работа на высоте)?		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Если ответ «да», то какому именно:			
6.2. Занимаетесь ли Вы спортом (например, участие в соревнованиях, полёты, прыжки с парашютом, парусный спорт, альпинизм, дайвинг и т.п.)? Укажите виды спорта:		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
6.3. Выезжаете ли Вы за рубеж в места военных конфликтов, чрезвычайных катастроф? Если «да», то укажите страны:		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
<b>7. УСТАНОВЛЕНИЕ ПОВЫШАЮЩЕГО КОЭФФИЦИЕНТА</b>			
В случае, если по факту рассмотрения настоящего заявления на страхование будет установлен повышающий коэффициент, Страхователь дает своё согласие на:			
<input type="checkbox"/> доплату страховой премии в размере и сроки, установленные Страховщиком			
<input type="checkbox"/> уменьшение страховой суммы Страховщиком (без доплаты страховой премии)			
<b>8. МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА ЗАСТРАХОВАННОГО</b>			
8.1. Рост, см	Вес, кг	8.2. Наблюдалась ли у Вас непроизвольная потеря веса более 10% от массы тела за последние 12 месяцев?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8.3. Информация о курении (количество сигарет в день), шт./день Если Вы бросили курить, укажите дату окончательного прекращения курения		<input type="checkbox"/> нет	
8.4. Употребление алкоголя (вид алкоголя и количество за неделю в литрах):		<input type="checkbox"/> время от времени	
		<input type="checkbox"/> менее 5ти единиц в день (одна единица = 300 мл пива или 100 мл вина или 20 мл спирта)	
		<input type="checkbox"/> более, чем 5 единиц в день (одна единица = 300 мл пива или 100 мл вина или 20 мл спирта)	
8.5. Употребляете/употребляли ли Вы наркотики, токсичные вещества?			
8.6. Представляли ли Вас на медико-социальную экспертизу, устанавливалась ли Вам группа инвалидности, получали ли Вы в связи с этим какие-либо пособия?		<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
8.7. Кому-то из Ваших биологических родственников первой степени (отец, мать, братья, сестры) когда-то было диагностировано онкологическое заболевание? Если «да», то кто (кем приходится), какой диагноз, в каком возрасте был поставлен диагноз?		<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
В случае смерти, укажите возраст на момент смерти и причину смерти			
Имеются ли у Вас:			
8.8. расстройства, связанные с нарушением деятельности нервной системы и мозга, и дефекты развития, в том числе: эпилепсия, инсульт, паралич, рассеянный склероз, болезнь Гоше, атрофия мышц, болезнь Паркинсона, слабоумие, болезнь Альцгеймера, умственная отсталость, синдром Дауна, дефицит внимания, первазивные расстройства развития, нарушения развития и/или роста?		<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
8.9. психические заболевания, в том числе: депрессия, страхи, навязчивые идеи, шизофрения?		<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
8.10. легочные и системные заболевания, в том числе: астма (бронхит), хроническое обструктивное заболевание легких, эмфизема?		<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
8.11. кожные заболевания, в том числе: опухоли и/или язвы, псориаз, воспаления?		<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
8.12. повышенное/пониженное кровяное давление, болезни сердца и сердечно-сосудистые заболевания, в том числе: гипертония, сердечный приступ, боль в груди, аритмия, врожденная аномалия, порок сердечного клапана, артериосклероз, аневризм аорты, тромбоз, варикозные вены, периферийное васкулярное заболевание?		<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
8.13. заболевания пищеварительной системы и грыжи, в том числе: рефлюкс, хроническое заболевание и/или кровотечение, геморрой, пилонидальный абсцесс, грыжи любых видов?		<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
8.14. заболевания печени, желчного пузыря и желчных протоков, в том числе: желтуха, гепатит, жировой метаморфоз печени, спленомегалия?		<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
8.15. заболевания почек и мочевой системы, в том числе: простата, мочекаменная болезнь, нефрит, энурез, кровь и/или белок в моче?		<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет

8.16. нарушения обмена веществ и эндокринные расстройства, в том числе: диабет, ожирение, повышенное содержание триглицеридов в крови, заболевания щитовидной и паращитовидной железы, пролактинома, подагра?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
8.17. заболевания крови и иммунной системы, в том числе: анемия, проблемы со свертываемостью крови, расстройства иммунной системы?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
8.18. инфекционная и/или венерическая болезнь, включая туберкулез, ВИЧ, СПИД, постоянная высокая температура, геликобактер, папиллома (HPV), гепатит, герпес (HHF8), вирус буллезного эпидермолиса?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
8.19. злокачественные заболевания и/или опухолевый злокачественный рост, в том числе: предраковые опухоли, рак?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
8.20. заболевания опорно-двигательного аппарата, в том числе: заболевания позвоночника, заболевания костей, деформация костей таза, остеопороз, заболевания суставов и мышц?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
8.21. нарушения зрения и/или патологии уха, горла и носа, в том числе: кератоконус, ухудшение зрения ниже -7, катаракта, рецидивирующий отит, рецидивирующий синусит, полипы, воспаления миндалин, синдром ночного апноэ?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
8.22. заболевания половых и/или репродуктивных органов, в том числе: образования в груди, неменструальное кровотечение, миомы матки, существующая беременность, бесплодие (также у мужчин), неопустившееся яичко, варикоцеле?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
8.23. ревматизм и/или мультисистемные заболевания и/или расстройства, в том числе: ревматический артрит, ревматизм, артрит, волчанка?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
8.24. Имелись ли у вас другие болезни, травмы, операции, госпитализации за последние 5 лет?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
8.25. Подвергались ли Вы когда-либо и/или за последнее время воздействию химикатов и/или токсических веществ и/или газов, в том числе асбеста, разбавителей краски, бензола, винила, хлора, хрома, радона, пестицидов, кварцевой пыли, диоксинов, бериллия, никеля, радиации, в том числе ультрафиолетовому излучению, высокочастотному излучению, микроволновому излучению, воздействию электромагнитных полей линий электропередачи и т. п.?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет

Если «да», то укажите подробнее

Для каждого вопроса, на который Вы ответили «да», пожалуйста, уточните ниже: номер вопроса, заболевание, его начало, какие лекарства Вы принимаете или принимали, проходили ли Вы какую-либо операцию или лечение в связи с заболеванием, является ли заболевание врожденным или когда оно было впервые выявлено, находились ли Вы на больничном в связи с данным заболеванием и как долго, было ли рекомендовано какое-либо лечение в связи с данным заболеванием, имеете ли Вы степень инвалидности в связи с данным заболеванием, группу инвалидности, в каком году была установлена, причина установления инвалидности. Пожалуйста, приложите актуальные медицинские выписки в связи с данным заболеванием и/или имеющиеся актуальные результаты патологических и/или радиологических исследований.

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) (Общество с ограниченной ответственностью «НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДСЛУЖБА» (место нахождения: 115184, г. Москва, Озерковская наб., дом 30, этаж 5, пом. 29), Madanes Advanced Healthcare Services Ltd. (место нахождения: 127051, г. Москва, Лихов переулок, д.3, стр.2) Общество с ограниченной ответственностью «ГЕНОТЕК» (место нахождения: 105120, г. Москва, Наставнический пер., д.17, стр. 1, пом. 1, этаж 2, ком. 9)) на обработку его 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 (Государство 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 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.rgsi.ru/info/](http://www.rgsi.ru/info/)). Согласие на обработку персональных данных начинается свое действие с момента подписания настоящего 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 сообщения информации в отношении договора страхования, заключенного со Страхователем, и/или информации по страховому случаю.

☐ 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 сообщения информации в отношении договора страхования, заключенного со Страхователем, и/или информации по страховому случаю.

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.

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	