

№		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 (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
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
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		
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)				

* 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

<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 (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 ¹), 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 запрещённых 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
ОГРНИП	Дата государственной регистрации . . . г.	
Документ, подтверждающий факт внесения ЕГРИП записи об указанной государственной регистрации		

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», «M» или «Q»).

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 представителе (при его наличии)		
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»: <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		
2. ЗАСТРАХОВАННЫЙ (заполняется если отличается от Страхователя) <input type="checkbox"/> Застрахованный совпадает со Страхователем		
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 ¹), 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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, 		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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», «M» или «Q»).

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)			
Реквизиты документа, подтверждающего его полномочия			
3. ТЕХНИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ			
Наименование программы (стратегии, если применимо)	Валюта	Срок страхования (лет)	
Страховая премия _____ (указать в валюте договора страхования) Страховая сумма устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем и указывается в договоре страхования.			
4. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛИ НА СЛУЧАЙ СМЕРТИ ЗАСТРАХОВАННОГО			
4.1. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛИ (для физического лица или индивидуального предпринимателя)			
<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	%	
4.2. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛИ (для юридических лиц и иностранных структур без образования юридического лица (ИСБЮЛ))			
Полное наименование организации			
Доля %			
5. АНКЕТА ЗАСТРАХОВАННОГО			
5.1. Представляли ли Вас на медико-социальную экспертизу, подавали ли Вы документы на освидетельствование для получения группы инвалидности, устанавливалась ли Вам группа инвалидности? В случае ответа «да», укажите подробности (группу инвалидности, в каком году была установлена, причина установления инвалидности):		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
5.2. Обращались ли Вы за медицинской помощью по следующим заболеваниям или отдельным их признакам или Вам известно, что они у Вас имеются или имелись: онкологическое заболевание, заболевания сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт, стенокардия, артериальная гипертензия, порок сердца, нарушение ритма, тромбоз, сердечно-сосудистая недостаточность), какие-либо заболевания головного мозга, печени, желудочно-кишечного тракта (за исключением острых пищевых отравлений, гастрита), почек, эндокринной системы, сахарный диабет, заболевания крови; неврологические или психические расстройства (напр., эпилепсия, паралич, потеря сознания, алкоголизм, наркомания), СПИД или ВИЧ-инфекции? В случае ответа «да», укажите подробности (какое заболевание, когда появились симптомы, когда поставлен диагноз, какое лечение):		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
5.3. На протяжении последних 12 месяцев были ли Вы госпитализированы или проводилось ли Вам хирургическое вмешательство (за исключением стоматологических манипуляций, аппендэктомии, тонзиллэктомии, исправление носовой перегородки)? В случае ответа «да», укажите подробности (когда была проведена операция, диагноз):		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет

<p>5.4. Состоите ли Вы или состояли ранее на учете, обращались ли Вы за лечебно-консультативной помощью в наркологический, психоневрологический диспансер, центры профилактики борьбы со СПИДом?</p> <p>В случае ответа «да», укажите подробности (когда были поставлены на учет или обращались за лечебно-консультативной помощью в наркологический или психоневрологический диспансер):</p>	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
<p>5.5. Употребляете ли Вы наркотические препараты, токсические вещества?</p> <p>В случае ответа «да», укажите подробности (в связи с чем был прием препаратов и в какой срок):</p>	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
<p>5.6. Вы проходите службу в вооруженных силах, работаете с оружием, заняты в работах со взрывчатыми веществами, подземных, подводных или высотных работах, являетесь пожарным, альпинистом, работником нефтяной промышленности, непосредственно задействованном в добыче, транспортировке и переработке нефти и/или природного газа, заняты профессионально или непрофессионально авиацией (за исключением пилотов пассажирских авиалиний)?</p> <p>В случае ответа «да», укажите профессию и должностные обязанности:</p>	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
<p>5.7. Занимаетесь ли Вы спортом (например, участие в соревнованиях, полёты, прыжки с парашютом, парусный спорт, альпинизм, дайвинг и т.п.)?</p> <p>Укажите виды спорта:</p>	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
<p>5.8. Вы намереваетесь путешествовать на территории, на которых объявлено чрезвычайное положение или проводятся боевые действия?</p> <p>В случае ответа «да», укажите место, время, цель поездки и на какой срок Вы планируете поездку:</p>	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет

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)) 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 (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.rgsl.ru/info/). Согласие на обработку персональных данных начинает 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

