

№		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	
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)				
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет – контролирующее лицо отсутствует				

* 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 <input type="checkbox"/> Российская Федерация <input type="checkbox"/> 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:	<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 исключённых лиц и списки юридических лиц, публикуемые Министерством торговли США • Список запрещённых 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:		
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 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			
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	
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	
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

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»).

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 исключённых лиц и списки юридических лиц, публикуемые Министерством торговли США • Список запрещённых 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
Сведения о представителе (при его наличии)			
ФИО:			
Реквизиты документа, подтверждающего его полномочия			
дата выдачи . . . г.			
3. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ			
Программа страхования:	<input type="checkbox"/> Надежный капитал. Классика 2.0 <input type="checkbox"/> Генетический чек-ап для взрослых <input type="checkbox"/> Детский капитал. Классика 2.0 <input type="checkbox"/> Генетический чек-ап для детей		
4. ТЕХНИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ ПО ПРОГРАММЕ НАДЕЖНЫЙ КАПИТАЛ. КЛАССИКА 2.0 (заполняется, если выбрана программа Надежный капитал. Классика 2.0)			
<input type="checkbox"/> Страховая сумма <input type="checkbox"/> Страховой взнос (в валюте договора страхования)	Срок страхования, лет	Валюта договора страхования	Периодичность оплаты
		рубли	<input type="checkbox"/> ежегодно <input type="checkbox"/> раз в полгода <input type="checkbox"/> ежеквартально <input type="checkbox"/> ежемесячно
ОСНОВНАЯ ПРОГРАММА			
Дожитие Застрахованного до окончания срока страхования			
Смерть Застрахованного по любой причине			
Инвалидность Застрахованного с установлением I, II группы инвалидности по любой причине с освобождением от уплаты страховых взносов / Инвалидность Застрахованного с установлением I, II группы инвалидности в результате несчастного случая с освобождением от уплаты страховых взносов ¹			
<input type="checkbox"/> Дожитие Застрахованного до недобровольной потери работы с освобождением от уплаты страховых взносов на определенный период ²			
ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА			Страховая сумма (в валюте договора страхования)
<input type="checkbox"/> Смерть Застрахованного в результате несчастного случая			
<input type="checkbox"/> Смерть Застрахованного в результате дорожно-транспортного происшествия			
<input type="checkbox"/> Инвалидность Застрахованного с установлением I, II группы инвалидности по любой причине			
<input type="checkbox"/> Травма Застрахованного в результате несчастного случая			
<input type="checkbox"/> Тяжкие телесные повреждения Застрахованного в результате несчастного случая			
<i>Можно выбрать один из двух указанных ниже рисков:</i>			
<input type="checkbox"/> Первичное диагностирование Застрахованному критического заболевания			
<input type="checkbox"/> Первичное диагностирование Застрахованному критического заболевания с освобождением от уплаты страховых взносов ³			сумма подлежащих оплате страховых взносов по

¹ В зависимости от возраста Застрахованного. Не включается в договор страхования, если Застрахованный по данному риску не совпадает со Страхователем.

² Риск можно включить в основную программу договора страхования по желанию, если Застрахованный совпадает со Страхователем, для этого необходимо риск отметить «☒».

³ Риск можно включить, если Застрахованный совпадает со Страхователем и его возраст не превышает 65 лет на дату окончания срока действия договора страхования, а также не выбран риск «Первичное диагностирование Застрахованному критического заболевания».

			рискам, определенным в договоре страхования
5. ТЕХНИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ ПО ПРОГРАММЕ ДЕТСКИЙ КАПИТАЛ. КЛАССИКА 2.0 (заполняется, если выбрана программа Детский капитал. Классика 2.0)			
<input type="checkbox"/> Страховая сумма <input type="checkbox"/> Страховой взнос (в валюте договора страхования)	Срок страхования, лет	Валюта договора страхования	Периодичность оплаты
		рубли	<input type="checkbox"/> ежегодно <input type="checkbox"/> раз в полгода <input type="checkbox"/> ежеквартально <input type="checkbox"/> ежемесячно
ОСНОВНАЯ ПРОГРАММА (РИСКИ В ОТНОШЕНИИ ЗАСТРАХОВАННОГО РЕБЕНКА)			
Дожитие Застрахованного до окончания срока страхования			
Смерть Застрахованного по любой причине			
Первичное диагностирование Застрахованному критического заболевания			
Хирургические вмешательства в организм Застрахованного в результате несчастного случая			
ОСНОВНАЯ ПРОГРАММА (РИСКИ В ОТНОШЕНИИ СТРАХОВАТЕЛЯ)			
Смерть Застрахованного по любой причине с освобождением от уплаты страховых взносов			
Инвалидность Застрахованного с установлением I, II группы инвалидности по любой причине с освобождением от уплаты страховых взносов / Инвалидность Застрахованного с установлением I, II группы инвалидности в результате несчастного случая с освобождением от уплаты страховых взносов ¹			
ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА (РИСКИ В ОТНОШЕНИИ ЗАСТРАХОВАННОГО РЕБЕНКА)			Страховая сумма (в валюте договора страхования)
<input type="checkbox"/> Травма Застрахованного в результате несчастного случая			
ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА (РИСКИ В ОТНОШЕНИИ СТРАХОВАТЕЛЯ)			Страховая сумма (в валюте договора страхования)
<input type="checkbox"/> Первичное диагностирование Застрахованному критического заболевания с освобождением от уплаты страховых взносов			сумма подлежащих оплате страховых взносов по рискам, определенным в договоре страхования
6. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛИ НА СЛУЧАЙ СМЕРТИ ЗАСТРАХОВАННОГО (в программе страхования «Детский капитал. Классика 2.0» Выгодоприобретатель назначается на случай смерти Застрахованного ребёнка)			
6.1. 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	.	.
Кем приходится Застрахованному	Доля	%	
2. Ф. И. О.	Дата рождения	.	.
Кем приходится Застрахованному	Доля	%	
3. Ф. И. О.	Дата рождения	.	.
Кем приходится Застрахованному	Доля	%	
4. Ф. И. О.	Дата рождения	.	.
Кем приходится Застрахованному	Доля	%	
6.2. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛИ (для юридических лиц и иностранных структур без образования юридического лица (ИСБЮЮЛ))			
Полное наименование организации			
Доля %			

¹ В зависимости от возраста Застрахованного.

(для программы «Надежный капитал. Классика 2.0») указывается заработная плата Застрахованного за последние 3 (Три) года в рублях, для программы «Детский капитал. Классика 2.0» – заработная плата Страхователя за последние 3 (Три) года в рублях)

По программе страхования «Надежный капитал. Классика 2.0» информация предоставляется о Застрахованном, по программе страхования «Детский капитал. Классика 2.0» – о Застрахованном и Страхователе.

	Застрахованный		Страхователь	
<p>Подвергаетесь ли Вы особому риску на работе (например: взрывы, излучение, яд, токсические вещества, применение оружия, работа на высоте)?</p> <p>Если ответ «да», то какому именно:</p>	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
<p>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	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
<p>Выезжаете ли Вы за рубеж в места военных конфликтов, чрезвычайных катастроф?</p> <p>Если «да», то укажите страны:</p>	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет

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?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
---	-----------------------------	------------------------------

(в случае выбора программы страхования «Детский капитал. Классика 2.0» ответы предоставляются и по Застрахованному, являющемуся в рамках программы Застрахованным ребёнком, и по Страхователю, являющемуся в рамках программы Застрахованным взрослым)

	Застрахованный / ребёнок, являющийся Застрахованным	Застрахованный, являющийся Страхователем в программе «Детский капитал. Классика 2.0»
11.1.1. Рост, см		
11.1.2. Вес, кг		
11.2. Артериальное давление верхнее (систолическое) / нижнее (диастолическое), мм.рт.ст		
11.3.1. Информация о курении за последние 12 месяцев (количество сигарет в день), шт./день		
11.3.2. Употребление алкоголя (вид алкоголя и количество за неделю в литрах):		
пиво:		
вино:		
крепкие напитки (> 40°):		
11.4. 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	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.5. 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?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

11.6.	Был ли выставлен Вам предварительный диагноз или «диагноз под вопросом» или диагноз, требующий проведения дополнительного обследования?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
11.7.	Употребляете/употребляли ли Вы наркотики, токсичные вещества?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
11.8.	Страдаете/страдали ли Вы алкоголизмом и/или состоите/состояли на учете в наркологическом или психоневрологическом диспансере?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Обращались ли Вы за медицинской помощью по нижеперечисленным заболеваниям или отдельным их признакам Вам стало известно, что они у вас имеются/имелись:					
11.9.	Заболевания органов зрения, слуха, обоняния или какие-либо нарушения со стороны этих органов и т. д.?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
11.10.	Эпилепсия, обмороки, потеря сознания, судорожные припадки, нарушения мозгового кровообращения, инсульт, нарушение речи, параличи, невротические состояния, другие нарушения психики или нервной системы и т. д.?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
11.11.	Боли в груди, высокое кровяное давление, одышка, сердечные приступы, инфаркт миокарда, нарушение сердечного ритма сердца, пороки сердца или другие заболевания и нарушения сердечно-сосудистой системы и т. д.?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
11.12.	Заболевания дыхательной системы (бронхит, пневмония, бронхиальная астма, плеврит, туберкулез легких и т. д.)?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
11.13.	Заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, язвенная болезнь, колит, холецистит, панкреатит, цирроз печени, гепатит и т. д.)?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
11.14.	Заболевания мочевыводящей системы (пиелонефрит, гломерулонефрит, мочекаменная болезнь и т. д.)?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
11.15.	Заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, зоб и т. д.)?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
11.16.	Заболевания опорно-двигательного аппарата (позвоночника, костей конечностей, суставов, мышц) – артрит, подагра, ревматизм, деформация суставов, конечностей или отсутствие последних и т. д.?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
11.17.	Новообразования (опухоли) – доброкачественные или злокачественные, кисты органов и т. д.?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
11.18.	Другие заболевания, не указанные выше?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
11.19.	Диагностировалось ли у Вас состояние иммунодефицита (СПИД) или аналогичное ему?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
11.20.	Проходили ли Вы тест на ВИЧ?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
11.21.	Если «Да», укажите результат?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
11.22.	Состоите ли Вы (состояли) под динамическим наблюдением, на диспансерном учете и получаете ли (получали) какое-либо систематическое лечение?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
11.23.	Рекомендовали ли Вам врачи пройти обследование, госпитализироваться в больницу или сделать операцию, однако, Вы не следовали рекомендациям?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
11.24.	Имелись ли у вас другие болезни, травмы, операции, госпитализации за последние 5 лет?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
11.25.	Употребляете ли Вы какие-либо медикаменты курсами по назначению врача (за исключением витаминов)?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
11.26.	Если "Да", укажите наименование препаратов:	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
11.27.	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?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> 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. 11.4 – 11.24 (укажите номер вопроса, известные Вам признаки заболевания, диагнозы, даты, продолжительность лечения, адреса медицинских учреждений):					
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>					

Если Вам не хватает места для указания какой-либо информации, приложите, пожалуйста, дополнительный лист.

☐ Дополнительный лист прилагается

Застрахованный / законный представитель Застрахованного 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 / законный представитель Застрахованного разрешает медицинским и иным учреждениям предоставлять информацию о состоянии здоровья Застрахованного, 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 / законный представитель Застрахованного в отношении себя и Застрахованного 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 архивным компаниям (Обществу с ограниченной ответственностью «ОСГ Рекордз Менеджмент» (место нахождения: 115093, г. Москва, ул. Павловская, влд. 7, пом. 14Б)) 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 архивное хранение и 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 / архивных компаний, а также список стран, в которые может быть осуществлена трансграничная передача в связи с указанными изменениями. Актуальный перечень ассистанских компаний (сервисных организаций) / перестраховщиков / архивных компаний / 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 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 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 / законный представитель Застрахованного 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.

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 / законный представитель Застрахованного подтверждают, что будут заявлять Страховщику обо всех изменениях в информации, сообщенной ими в настоящем заявлении.

Страхователь и Застрахованный / законный представитель Застрахованного 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 / законный представитель Застрахованного 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 / законный представитель Застрахованного, 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 / ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ЗАСТРАХОВАННОГО (РЕКВИЗИТЫ ДОКУМЕНТА УДОСТОВЕРЯЮЩЕГО ПРАВА ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ЗАСТРАХОВАННОГО):
ПОДПИСЬ	ПОДПИСЬ
ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ	ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ

СЛУЖЕБНЫЕ ОТМЕТКИ (заполняется агентом)

ID АГЕНТА	
Ф. И. О. АГЕНТА	
ДОЛЖНОСТЬ	
ПОДПИСЬ	
ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ	
РЕГИОН ОФОРМЛЕНИЯ (ГОРОД)	