121059, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Дорогомилово, ул. Киевская, д. 7, к. 1 Лицензии Банка России: СЖ № 3879, СЛ № 3879 ИНН 7743504307, ОГРН 1037739821514. 8-800-100-12-10

Nº	ОТ					
ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОЕ	ВАНИЕ					
ПОЛЯ, ГДЕ ТРЕБУЕТСЯ ВЫБРАТЬ С	ТВЕТ, ПРОСІ	ИМ ОТМЕТИТЬ ЗНАКОМ V				
1. СТРАХОВАТЕЛЬ (для физическ	ого лица или	индивидуального предпр	оинимателя)			
Ф. И. О.						
ИНН (при наличии)	СНИ	1ЛС (при наличии)		Гражд	цанство	
Дата рождения	г. Место р	рождения				
Фамилия при рождении				Пол:	□ мужской	
Документ, удостоверяющий личность	•	серия		номер		
Кем и когда выдан						
					код подразделен	ния
Данные миграционной карты:						
серия (при наличии)	но	омер				
Дата начала срока пребывания в Российской Федерации			ончания срока п кой Федерации			. г.
Данные документа, подтверждающег	о право иност	ранного гражданина или ли	ца без граждан	ства на пребыв	ание (проживание)	в Российской
Федерации: наименование докуме	ента	ce	оия (при наличи	и) и номер		
Дата начала срока пребывания в Российской Федерации			ончания срока п кой Федерации			. г.
Адрес регистрации: индекс		страна				
регион (область, республика, край, ра	айон)					
город/населенный пункт						
улица						
дом (корп., стр.)		квартира				
Адрес фактического места жительств	ва 🗌 совпа	адает с адресом регистраци	И			
индекс	страна					
регион (область, республика, край, ра	айон)					
город/населенный пункт						
улица						
дом (корп., стр.)		квартира				
Контактный телефон	E-r	mail			Факс	
Банковские реквизиты						
Номер счета:		БИК:				
Вид трудовой деятельности: Пр	едпринимател	ль 🔲 офисный работник	□ рабочий	□ студент	□ другое	
Место работы		Должн	ость			
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.

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

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

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

коэффициент предшествующего года равен 1/3;

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

Сведения о лицензии вид 🔲 срочная/ 🔲 бессрочная ном	ер	
Дата выдачи лицензии г. Срок действия лице	ензии:	
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 индивиду	ального предпринимателя	
Сведения о целях установления и предполагаемом характере делов	вых отношений клиента с ООО СК «Ро	осгосстрах Жизнь»:
□ обеспечение защиты интересов клиента – страхование	□ другие цели	
Цели финансово-хозяйственной деятельности (сведения о планируе ☐ Страхование (указать программу страхования) ☐ Другие цели	мых операциях)	
Сведения о финансовом положении	йчивое	
Сведения о деловой репутации положительная негативная (наличие действующей профессиональной дисквая соответствии с законодательством Российской Федерации, наличие		
Источники происхождения денежных средств, которыми оплачиваетс	ся страховая премия	
□ собственные □ заемные □ иные средства (указать) —		
Сведения о принадлежности клиента (регистрация, место нахождени	ия, наличие счета в банке)	
Исламская республика Иран 🔲 Да	□ Нет	
Корейская Народно-Демократическая Республика 🔲 Да	□ Нет	
2. ЗАСТРАХОВАННЫЙ (заполняется если отличается от Страхо	ователя) 🔲 Застрахованный со	овпадает со Страхователем
2. ЗАСТРАХОВАННЫЙ (заполняется если отличается от Страхо Ф. И. О.	ователя) 🔲 Застрахованный со	рвпадает со Страхователем
		овпадает со Страхователем вжданство
Ф. И. О.		
Ф. И. О. ИНН (при наличии) СНИЛС (при наличии		
Ф. И. О. ИНН (при наличии) СНИЛС (при наличии Дата рождения г. Место рождения) Гра	ажданство
Ф. И. О. ИНН (при наличии) СНИЛС (при наличии Дата рождения Фамилия при рождении) Гра Пол:	ажданство
Ф. И. О. ИНН (при наличии) СНИЛС (при наличии Дата рождения Фамилия при рождении Документ, удостоверяющий личность) Гра Пол:	ажданство
Ф. И. О. ИНН (при наличии) СНИЛС (при наличии Дата рождения Фамилия при рождении Документ, удостоверяющий личность) Гра Пол: серия номер	ажданство
Ф. И. О. ИНН (при наличии) СНИЛС (при наличии Дата рождения Фамилия при рождении Документ, удостоверяющий личность) Гра Пол: серия номер	вжданство
Ф. И. О. ИНН (при наличии) СНИЛС (при наличии Дата рождения Фамилия при рождении Документ, удостоверяющий личность Кем и когда выдан) Гра Пол: серия номер	вжданство
Ф. И. О. ИНН (при наличии) СНИЛС (при наличии Дата рождения Фамилия при рождении Документ, удостоверяющий личность Кем и когда выдан Данные миграционной карты:) Гра Пол: серия номер	ажданство мужской женский од подразделения
Ф. И. О. ИНН (при наличии) СНИЛС (при наличии Дата рождения Фамилия при рождении Документ, удостоверяющий личность Кем и когда выдан Данные миграционной карты: серия (при наличии) номер) Гра Пол: серия номер к Дата окончания срока пребывания в Российской Федерации	мужской женский од подразделения г.
Ф. И. О. ИНН (при наличии) Дата рождения Фамилия при рождении Документ, удостоверяющий личность Кем и когда выдан Данные миграционной карты: серия (при наличии) Номер Дата начала срока пребывания в Российской Федерации г. Место рождения несторождения несторождени) Гра Пол: серия номер к Дата окончания срока пребывания в Российской Федерации	мужской женский од подразделения г.
Ф. И. О. ИНН (при наличии) СНИЛС (при наличии Дата рождения Фамилия при рождении Документ, удостоверяющий личность Кем и когда выдан Данные миграционной карты: серия (при наличии) Номер Дата начала срока пребывания в Российской Федерации Данные документа, подтверждающего право иностранного граждани) Гра Пол: серия номер К Дата окончания срока пребывания в Российской Федерации на или лица без гражданства на пребы	мужской
Ф. И. О. ИНН (при наличии) Дата рождения Фамилия при рождении Документ, удостоверяющий личность Кем и когда выдан Данные миграционной карты: серия (при наличии) Номер Дата начала срока пребывания в Российской Федерации: наименование документа Наименования в Российской Федерации Г. Дата начала срока пребывания в Российской Федерации: наименование документа Дата начала срока пребывания в Российской Федерации: Пата начала срока пребывания в Российской Федерации: Пата начала срока пребывания в Российской Федерации Г.) Гра Пол: серия номер К Дата окончания срока пребывания в Российской Федерации на или лица без гражданства на пребысерия (при наличии) и номер Дата окончания срока пребывания в	ажданство мужской женский од подразделения . г. ывание (проживание) в Российской
Ф. И. О. ИНН (при наличии) СНИЛС (при наличии) Дата рождения Фамилия при рождении Документ, удостоверяющий личность Кем и когда выдан Данные миграционной карты: серия (при наличии) Номер Дата начала срока пребывания в Российской Федерации наименование документа Дата начала срока пребывания в Российской Федерации: наименование документа Пата начала срока пребывания в Российской Федерации: паименование документа Пата начала срока пребывания в Российской Федерации п.	российской Федерации Гра Пол: Серия номер к Дата окончания срока пребывания в Российской Федерации дез гражданства на пребысерия (при наличии) и номер	ажданство мужской женский од подразделения . г. ывание (проживание) в Российской

улица			
дом (корп., стр.)			
Адрес фактического места жительства Совпадает с адресом регистрации			
индекс страна			
регион (область, республика, край, район)			
город/населенный пункт			
улица			
дом (корп., стр.)			
Банковские реквизиты			
Номер счета: БИК:			
Вид трудовой деятельности 🔲 предприниматель 🔲 офисный работник 🔲 рабочий 🔲 студент	□ другое		
Место работы Должность			
Является ли физическое лицо иностранным публичным должностным лицом, его супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей или нисходящей линии (родителем или ребенком, дедушкой, бабушкой или внуком), полнородными или неполнородными (имеющими общего отца или мать) братом или сестрой, усыновителем или усыновленным)? В случае ответа «да», укажите степень родства / должность, наименование и адрес работодателя:	□Да	□ Нет	
Является ли физическое лицо должностным лицом публичных международных организаций, его супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей или нисходящей линии (родителем или ребенком, дедушкой, бабушкой или внуком), полнородными или неполнородными (имеющими общего отца или мать) братом или сестрой, усыновителем или усыновленным)? В случае ответа «да», укажите степень родства / должность, наименование и адрес работодателя:			
Является ли физическое лицо российским публичным должностным лицом, а также лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Банка России, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Банке России, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации, а также супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей или нисходящей линии (родителем или ребенком, дедушкой, бабушкой или внуком), полнородными или неполнородными (имеющими общего отца или мать) братом или сестрой, усыновителем или усыновленным) вышеперечисленных лиц? В случае ответа «да», укажите степень родства / должность, наименование и адрес работодателя:			
Является ли физическое лицо резидентом США, налогоплательщиком США? В случае ответа «да», необходимо предоставить основание для признания статуса налогового резидента США (паспорт гражданина США, Green Card — форма I-551, доказательство долгосрочного пребывания в США¹), а также предоставить форму W-9 и согласие на передачу информации в Налоговую службу США.	□ Да	□ Нет	
Являетесь ли Вы налоговым резидентом другой страны (отличной от Российской Федерации)? В случае ответа «да», перечислите все страны и укажите ИНН для каждой страны или причину отсутствия ИНН:	□ Да	□ Нет	
Являетесь ли Вы санкционным лицом, а также лицом, находящимся под прямым или косвенным контролем лица (лиц) из списка физических лиц (с изменениями и дополнениями), публикуемого источником санкций и действующего на текущий момент, а также списка юридических лиц согласно следующим перечням: • Идентификационный список секторальных санкций, в отношении которых введены секторальные санкции • Список граждан особых категорий и запрещённых лиц и список иностранных лиц, уклоняющихся от санкций, публикуемые ОFAC • Списки исключенных лиц и списки юридических лиц, публикуемые Министерством торговли США • Список запрещенных лиц, Список иностранных террористических организаций и список террористов, публикуемые Государственным департаментом США			

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

коэффициент предшествующего года равен 1/3;

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

 Списки Европейского союза об ограничительных мерах против физических и кридических 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 доку	умента, подтверждающего его полномочия		
3. ТЕХНИЧЕС	КИЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ		
Срок страхования (лет)	Страховой взнос (ежегодно), рубли	Страховой взнос (единовременно), рубли	
	200 000	700 000	
7	400 000	3 000 000	
	□ 600 000	5 000 000	
4. ПРОГРАМИ	ма страхования		
Дожитие Застра	ахованного до окончания срока страхования		
Смерть Застра	хованного по любой причине		
Смерть Застра	хованного в результате несчастного случая		
Инвалидность страховых взно		ости в результате несчастного случая с освобождением от уплаты	
обследования		иных услуг, предусмотренных Программой ДМС «Медицинские неских мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или	
+ выберите од	но из указанных ниже покрытий (выплата или лечение):		
	ное диагностирование Застрахованному критического забо зетствии со Списком критических заболеваний №2)	олевания	
Обращение Застрахованного за предоставлением медицинских или иных услуг, предусмотренных Программой ДМС «Диагностирование и лечение критического заболевания», вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного, требующих получения таких услуг			
5. ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛИ НА СЛУЧАЙ СМЕРТИ ЗАСТРАХОВАННОГО			
5.1.ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛИ (для физического лица или индивидуального предпринимателя)			
□ наследники Застрахованного □ иные лица, указанные ниже:			
1. Ф. И. О.		Дата рождения г.	
Кем приходится	я Застрахованному	Доля %	
2. Ф. И. О.		Дата рождения г.	
Кем приходится	я Застрахованному	Доля %	
3. Ф. И. О. Дата рождения г.			
Кем приходится	я Застрахованному	Доля %	
4. Ф. И. О.		Дата рождения г.	
Кем приходится Застрахованному Доля %			
<u> </u>	РИОБРЕТАТЕЛИ (для юридических лиц и иностранных стр	руктур без образования юридического лица (ИСБОЮЛ))	
5.2.ВЫГОДОПЕ	РИОБРЕТАТЕЛИ (для юридических лиц и иностранных стр нование организации	руктур без образования юридического лица (ИСБОЮЛ))	
5.2.ВЫГОДОПЕ		руктур без образования юридического лица (ИСБОЮЛ))	
5.2.ВЫГОДОПЕ		руктур без образования юридического лица (ИСБОЮЛ))	
5.2. ВЫГОДОПЕ Полное наимен Доля 6. ОСОБЫЕ Р	нование организации	руктур без образования юридического лица (ИСБОЮЛ))	
5.2. ВЫГОДОПР Полное наимен Доля 6. ОСОБЫЕ Р (информаці 6.1. Подве	нование организации %	взрывы, излучение, яд, токсические	
5.2. ВЫГОДОПР Полное наимен Доля 6. ОСОБЫЕ F (информаци 6.1. Подве вещества, прим	нование организации % РИСКИ ия предоставляется о Застрахованном) ергаетесь ли Вы особому риску на работе (например,		

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

6.2. Занимаетесь ли Вы спортом (например, участие в соревнованиях, полёты, прыжки с парашютом парусный спорт, альпинизм, дайвинг и т.п.)? Укажите виды спорта:	,	□ Нет	
6.3. Выезжаете ли Вы за рубеж в места военных конфликтов, чрезвычайных катастроф? Если «да», то укажите страны:	□Да	□ Нет	
7. УСТАНОВЛЕНИЕ ПОВЫШАЮЩЕГО КОЭФФИЦИЕНТА			
В случае, если по факту рассмотрения настоящего заявления на страхование будет установлен повышающи дает своё согласие на:	и коэффициент,	Страхователь	
□ уменьшение страховой суммы Страховщиком (без доплаты страховой премии)			
8. МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА ЗАСТРАХОВАННОГО			
8.1. Рост, см Вес, кг 8.2. Наблюдалась ли у Вас непроизвольная потеря веса более 10% от массы тела за последние 12 месяцев?	□ да	□ нет	
8.3. Информация о курении (количество сигарет в день), шт./день Если Вы бросили курить, укажите дату окончательного прекращения курения			
сын ээ ороолын кургтэ, укажите дату окон атольного прокращения куропия	□ нет		
	🔲 время от вр	емени	
Время от в			
	мл спирта		
8.5. Употребляете/употребляли ли Вы наркотики, токсичные вещества?8.6. Кому-то из Ваших биологических родственников первой степени (отец, мать, братья, сестры) когда-то	□ да		
было диагностировано онкологическое заболевание? Если «да», то кто (кем приходится), какой диагноз, в каком возрасте был поставлен диагноз?	Ц да		
В случае смерти, укажите возраст на момент смерти и причину смерти			
Имеются ли у Вас: 8.7. 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?	□ да	□ нет	
8.8. психические заболевания, в том числе: депрессия, страхи, навязчивые идеи, шизофрения?	□ да	□ нет	
8.9. легочные и системные заболевания, в том числе: астма (бронхит), хроническое обструктивное заболевание легких, эмфизема?	□ да	□ нет	
8.10. кожные заболевания, в том числе: опухоли и/или язвы, псориаз, воспаления?	□ да	□ нет	
8.11. 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?	□ да	□ нет	
8.12. заболевания пищеварительной системы и грыжи, в том числе: рефлюкс, хроническое заболевание и/или кровотечение, геморрой, пилонидальный абсцесс, грыжи любых видов?	□ да	□ нет	
8.13. заболевания печени, желчного пузыря и желчных протоков, в том числе: желтуха, гепатит, жировой метаморфоз печени, спленомегалия?	□ да	□ нет	
8.14. заболевания почек и мочевой системы, в том числе: простата, мочекаменная болезнь, нефрит, энурез, кровь и/или белок в моче?	□ да	□ нет	
8.15. нарушения обмена веществ и эндокринные расстройства, в том числе: диабет, ожирение, повышенное содержание триглицеридов в крови, заболевания щитовидной и паращитовидной железы, пролактинома, подагра?	□ да	□ нет	
8.16. заболевания крови и иммунной системы, в том числе: анемия, проблемы со свертываемостью крови, расстройства иммунной системы?	□ да	□ нет	
8.17. инфекционная и/или венерическая болезнь, включая туберкулез, ВИЧ, СПИД, постоянная высокая температура, геликобактер, папиллома (HPV), гепатит, герпес (HHF8), вирус буллезного эпидермолиса?	□ да	□ нет	
8.18. злокачественные заболевания и/или опухолевый злокачественный рост, в том числе: предраковые опухоли, рак?	□ да	□ нет	
8.19. заболевания опорно-двигательного аппарата, в том числе: заболевания позвоночника, заболевания костей, деформация костей таза, остеопороз, заболевания суставов и мышц?	□ да	□ нет	
8.20. 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?	□ да	□ нет	
8.21. 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?			
8.22. ревматизм и/или мультисистемные заболевания и/или расстройства, в том числе: ревматический	□ да	□ нет	

8.23. Имелись ли у вас другие болезни, травмы, операции, госпитализации за последние 5 лет?	□ да	□ нет
8.24. 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.?	□ да	□ нет
Если «да», то укажите подробнее		
Для каждого вопроса, на который Вы ответили «да», пожалуйста, уточните ниже: номер вопроса, заболевание Вы принимаете или принимали, проходили ли Вы какую-либо операцию или лечение в связи с заболевание врожденным или когда оно было впервые выявлено, находились ли Вы на больничном в связи с данным заболе пи рекомендовано какое-либо лечение в связи с данным заболеванием, имеете ли Вы степень инвал заболеванием. Пожалуйста, приложите актуальные медицинские выписки в связи с данным заболеванием и результаты патологических и\или радиологических исследований.	ем, является ли олеванием и кан пидности в свя:	заболевание с долго, было ви с данным

Страхователь и Застрахованный заявляют, что сведения, предоставленные ими Страховщику в ответ на поставленные вопросы и отражённые в данном заявлении (являющееся неотъемлемой частью договора страхования) являются полными, правдивыми и точными; не упущены и не скрыты факты, касающиеся прошлого и настоящего состояния здоровья Застрахованного, его профессиональной деятельности и занятий спортом.

Страхователь и Застрахованный обязуются предоставить Страховщику все запрошенные им документы, необходимые для оценки степени страхового риска, а также согласны с тем, что в случае отказа предоставить запрошенные документы, Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения условий договора страхования.

В случае необходимости получения медицинского заключения для оценки Страховщиком степени риска, Застрахованный согласен на прохождение медицинского обследования за свой счёт.

Застрахованный согласен с тем, что его жизнь будет застрахована в пользу Выгодоприобретателя (-лей).

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 Страховшика.

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 (Swiss Re Europe S.A. (место нахождения: 81925, Арабеллаштрассе 30, Мюнхен, Германия), General Reinsurance AG (место нахождения: 50668, Теодор-Хойсс-Ринг 11, Кёльн, Германия), 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 (ФРГ, 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, продвижение страховых услуг, проведение рекламных и маркетинговых акций, 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 оповещения/информирования об услугах и страховых продуктах Общества с ограниченной ответственностью Страховая компания «Росгосстрах Жизнь» (121059, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Дорогомилово, ул. Киевская, д. 7, к. 1), Публичного акционерного общества Страховая Компания «Росгосстрах» (140002, Московская область, г. Люберцы, ул. Парковая, д. 3), сообщения информации в отношении договора страхования, заключенного со Страхователем, и/или информации по страховому случаю, а также для поздравления с официальными праздниками и маркетинговых исследований.
□ Застрахованный дает согласие 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) 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 подтверждают, что будут заявлять Страховщику обо всех изменениях в информации, сообщенной им в настоящем заявлении.
Страхователь и Застрахованный осведомлены, что предоставление заведомо ложных, а также неполных сведений по вопросам, сформулированным в данном заявлении, являются основанием для признания договора страхования недействительным, отказа в признании случая страховым и в осуществлении страховой выплаты.

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