

№ _____

Дата

--	--	--	--	--	--	--	--

1. Застрахованное лицо / Страхователь

Ф. И. О.: _____

Пол: М Ж Гражданство: _____ Дата рождения:

--	--	--	--	--	--	--	--

Документ, удостоверяющий личность: _____ серия и № _____

Кем выдан: _____ когда:

--	--	--	--	--	--	--	--

Адрес (контактный) и индекс: _____

Телефон мобильный: +7 _____ Телефон домашний: +7 _____

Эл. почта (e-mail): _____

Место работы, адрес: _____

Род деятельности: _____ Должность (проф.): _____

Хобби: _____

2. Выгодоприобретатель

Ф. И. О.	Дата рождения	Родств. отношения	Паспортные данные / свидетельство о рождении	Доля, %								
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr></table>											
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr></table>											
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr></table>											
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr></table>											
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr></table>											

3. Срок страхования / срок уплаты взносов. Периодичность уплаты взносов

Срок страхования / срок уплаты взносов: _____ лет

Периодичность уплаты взносов: раз в год раз в полгода раз в квартал раз в месяц

4. Страховые риски, страховая сумма, страховая премия

Страховые риски	Страховая сумма, руб.	Страховая премия (взнос), руб.
<ul style="list-style-type: none"> • Смерть по любой причине • Дожитие до окончания срока страхования • Установление инвалидности I или II группы в результате несчастного случая или болезни • Установление инвалидности I или II группы в результате несчастного случая или болезни – с освобождением от уплаты взносов • Телесные повреждения • Наступление критического заболевания 	50 % страховой суммы	

5. Дополнительная информация о Застрахованном лице

1. Рост (см): _____ 2. Вес (кг): _____

3. Артериальное давление верхнее (систолическое): _____ 4. Артериальное давление нижнее (диастолическое): _____

5. Наличие договоров (полисов) страхования жизни или от несчастных случаев и болезней в других страховых компаниях да нет

Если ответ «да», укажите названия компаний, страховые риски, страховые суммы: _____

6. Подавали ли Вы заявления на страхование жизни или от несчастных случаев, которые были отклонены страховой компанией или приняты с повышающим коэффициентом? да нет

Если ответ «да», укажите причину и страховую компанию: _____

7. Сообщите, пожалуйста, название и адрес поликлиники (лечебного учреждения), услугами которой Вы обычно пользуетесь, Ф. И. О. лечащего врача: _____

8. Опишите, пожалуйста, подробно род (характер) Вашей профессиональной деятельности: _____

9. Курите ли Вы сейчас? да нет

Укажите количество сигарет в день (шт.), сколько лет Вы курите / как давно бросили курить? _____

10. Употребляете ли Вы пиво, вино или крепкие алкогольные напитки? да нет

Если ответ «да», укажите среднее дневное количество и тип алкоголя (литров): пиво – _____ ; вино – _____ ; напитки ≥40° – _____

11. Изменялся ли Ваш вес за последние шесть месяцев более чем на восемь килограммов? да нет

Если ответ «да», поясните, по какой причине: _____

12. Занимаетесь ли Вы профессионально или в качестве хобби следующими видами спорта: авто/мотогонки, ралли, альпинизм, спелеология, дайвинг, дельтапланеризм, парашютный спорт, боевые единоборства или иными видами спорта или деятельности, которые сопровождаются повышенным риском? да нет

Если ответ «да», подробно опишите ниже по каждому виду спорта, как часто Вы им занимаетесь: иногда, регулярно, участвуете ли в соревнованиях или состязаниях: _____

Страхователь / Застрахованное лицо: _____

Подпись

13. Связана ли Ваша профессия с повышенной степенью риска (опасности): работа на высоте свыше 15 метров, работа в море или под водой, работа под землей (шахты и т. п.), работа с опасными химическими составами или взрывчатыми веществами, работа в нефтяной, газовой или химической промышленности и пр.?

да нет

Если «да», уточните, пожалуйста.

14. Ваша деятельность связана с выездом в командировки чаще четырех раз в год?

да нет

Если «да», уточните, пожалуйста.

15. Планируете ли Вы поездку в «горячие точки» планеты (места вооруженных конфликтов или военных действий)?

да нет

Если «да», уточните, пожалуйста.

16. Планируете ли Вы выезжать за границу на срок более шести месяцев?

да нет

Если «да», уточните цель поездки, страну, срок пребывания за границей:

6. Сведения медицинского характера

1. Имеете ли Вы или имели в прошлом группу инвалидности?

да нет

Если ответ «да», укажите подробно (если имели в прошлом, укажите, когда снята):

Обращались ли Вы когда-либо за медицинской помощью по нижеперечисленным заболеваниям или отдельным их признакам или болели ли Вы каким-либо из следующих заболеваний?

2. Заболевания сердца и сердечно-сосудистой системы – ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия, инфаркт, сердечная недостаточность, гипертоническая болезнь (ГБ), аритмия, эндокардит, порок сердца, миокардит. Беспокоят ли Вас боли за грудиной, одышка, учащенное сердцебиение, отеки? Иные заболевания сердечно-сосудистой системы или их признаки.

да нет

Если «да», уточните, пожалуйста.

3. Повышенное артериальное давление, инсульт и его последствия, заболевания сосудов или нарушение кровообращения (например, облитерирующий эндартериит, варикозное расширение вен, хроническая венозная или лимфovenозная недостаточность, атеросклероз, синдром Рейно, диабетические ангиопатии, кровоизлияния в органы). Иные заболевания сосудов или их признаки.

да нет

Если «да», уточните, пожалуйста.

4. Заболевания органов дыхания – легких или дыхательных путей: носоглотки, бронхов, легких (туберкулез, астма, хронический бронхит, пневмония, эмфизема легких, плеврит, пневмосклероз или отдельные признаки заболеваний: постоянный кашель, кровь или гной в мокроте и пр.). Иные заболевания органов дыхания или их признаки.

да нет

Если «да», уточните, пожалуйста.

5. Заболевания органов внутренней секреции: гипофиза, щитовидной железы, надпочечников, поджелудочной железы (диабет, повышенное содержание сахара в крови, увеличение или болезни щитовидной железы, другие эндокринные нарушения или заболевания желез или их признаки)?

да нет

Если «да», уточните, пожалуйста.

6. Заболевания пищеварительной системы, желчного пузыря, поджелудочной железы или печени: язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки, гастрит, вирусный гепатит В или С, цирроз печени, камни в желчном пузыре, панкреатит, холецистит, желудочные и/или кишечные кровотечения, полипозы желудка, изжога, тошнота и рвота, хроническая или периодическая повторяющаяся диарея (понос) и пр. Иные заболевания органов пищеварительной системы или их признаки.

да нет

Если «да», уточните, пожалуйста.

7. Заболевания почек или мочеполовой системы: пиелонефрит, гломерулонефрит, поликистоз почек, почечная недостаточность, болезни мочевого пузыря, частые отеки, белок в моче, камни в почках или венерические заболевания, заболевания простаты (простатит) и т. п.? Иные заболевания мочеполовой системы или их признаки.

да нет

Если «да», уточните, пожалуйста.

8. Лор-заболевания, включая частые ангины, отиты, тонзиллиты (исключая обычные простуды, грипп, ОРВИ и детские инфекционные болезни), гайморит, тугоухость или иные заболевания.

да нет

Если «да», уточните, пожалуйста.

9. Заболевания опорно-двигательного аппарата: позвоночника, костей конечностей, суставов, мышц (остеохондроз позвоночника, остеопороз, остеомиелит, артриты, подагра, ревматизм, деформация суставов конечностей). Иные заболевания опорно-двигательного аппарата или их признаки.

да нет

Если «да», уточните, пожалуйста.

10. Снижение остроты зрения (близорукость или дальнозоркость более 8 диоптрий), патология сетчатки, диабетическая ретинопатия сетчатки, катаракта, глаукома. Иные заболевания глаз или их признаки.

да нет

Если «да», уточните, пожалуйста.

11. Любые онкологические заболевания (злокачественные (рак) и доброкачественные новообразования (опухоли), в том числе лимфомы, лимфогранулематоз и заболевания крови: лейкоз, лейкомия и т. п.). Подвергались ли Вы радио- или химиотерапии?

да нет

Если «да», уточните, пожалуйста.

12. Какие-либо психические или нервные расстройства: мигрень, эпилепсия, судорожные припадки, стойкая депрессия, параличи, нарушения речи и пр. Отмечались ли у Вас случаи потери сознания? Иные заболевания нервной системы или психические расстройства.

да нет

Если «да», уточните, пожалуйста.

13. Состоите (состояли) ли Вы на учете у невропатолога или психиатра, проходили ли лечение в психоневрологических/психиатрических клиниках? Совершали ли Вы попытку самоубийства?

да нет

Если «да», уточните, пожалуйста.

14. Находитесь ли Вы в настоящее время на больничном листе, стационарном лечении, планируете в ближайшие 12 месяцев госпитализацию для проведения обследования, лечения, хирургической операции?

да нет

Если «да», уточните, пожалуйста.

Страхователь / Застрахованное лицо: _____

Подпись

15. Лечились ли Вы когда-либо от алкоголизма, наркомании, токсикомании?
Состояли или состоите в настоящее время на учете в наркологическом или психоневрологическом диспансере? да нет
- Если «да», уточните, пожалуйста. _____
16. Принимали ли Вы или назначались ли Вам врачом разного рода транквилизаторы (антидепрессанты) или наркотические вещества в лечебных или иных целях? да нет
- Если «да», уточните, пожалуйста. _____
17. **Вопрос для женщин:** Есть (были) ли у Вас какие-либо заболевания женских половых органов: матки, придатков, осложненные беременности, роды, кесарево сечения, болезни молочных желез? Дата рождения последнего ребенка. да нет
- Если «да», уточните, пожалуйста. _____
18. **Вопрос для женщин:** Беременны ли Вы сейчас? да нет
- Если «да», укажите срок и особенности протекания беременности. _____
19. За последние пять лет болели ли Вы или находились на больничном листе сроком две недели и более, направлялись на стационарное лечение? Страдаете ли Вы заболеваниями, требующими медицинского наблюдения, из-за которых Вы были нетрудоспособны / находились под наблюдением врача более трех недель подряд за последние два года? да нет
- Если ответ «да», укажите, пожалуйста, диагноз, сроках лечения, название лечебного учреждения: _____
20. Проводились ли Вам какие-либо операции за последние пять лет? Были ли травмы за последние пять лет? да нет
- Если «да», уточните, пожалуйста. _____
21. Хронические инфекционные или паразитные заболевания – туберкулез, малярия, бруцеллез, профессиональные заболевания. да нет
- Если «да», уточните, пожалуйста. _____
22. Острые аллергические реакции или иные заболевания аллергического характера. да нет
- Если «да», уточните, пожалуйста. _____
23. Любые другие хронические, врожденные или наследственные заболевания. да нет
- Если «да», уточните, пожалуйста. _____
24. Имеете или имели ли Вы близких родственников, которым были диагностированы следующие заболевания (или которые умерли в возрасте до 45 лет от них): диабет, инсульт, заболевания сердца, сосудов, почек, гипертония, рак, туберкулез и пр.? да нет
- Если ответ «да», укажите заболевание и возраст на дату диагностирования/смерти: _____
25. Если вы дали на один из вопросов ответ «да» или можете сообщить сведения медицинского характера о заболеваниях или состояниях, не указанных выше, уточните, пожалуйста, в этом поле подробно: чем страдаете (диагноз), где наблюдаетесь (Ф. И. О. врача), с какого времени наблюдаетесь, какое лечение проходили.
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

7. В случае изменения тарифа в процессе андеррайтинга

сохранить размер страховой суммы (с увеличением размера страховой премии)

сохранить размер страховой премии (с уменьшением страховой суммы)

8. Заявление

Я _____ на момент подписания настоящего заявления не являюсь инвалидом I, II или III группы и не имею действующего направления на МСЭ, не состою на учете в наркологическом, психоневрологическом, противотуберкулезном, кожно-венерологическом, онкологическом диспансере и не страдаю соответствующими заболеваниями, не болею СПИДом, не являюсь ВИЧ-инфицированным.

Я подтверждаю, что все сведения, указанные мной в настоящем заявлении (включая приложения), являются полными и достоверными.

Мне известно, что ООО СК «Согласие-Вита» вправе признать договор недействительным или отказать в страховой выплате в случае, если при заключении договора Страхователь / Застрахованное лицо не сообщил сведения, имеющие существенное значение для оценки риска, или сообщил заведомо ложные сведения. Существенными являются все сведения, указанные в настоящем заявлении на страхование и приложениях к нему.

С ответственностью за предоставление недостоверных (ложных) сведений ознакомлен и согласен.

Я обязуюсь информировать Страховщика о каких-либо изменениях в состоянии моего здоровья в пределах дат: дата подписания этого заявления на страхование и дата начала действия страхования. Я уведомлен о том, что срок страхования по договору начинается с даты, указанной в договоре (полисе). Я обязуюсь уплатить страховую премию (первый взнос) самостоятельно. Приложением к настоящему Заявлению является квитанция на оплату. Я согласен при необходимости пройти медицинское освидетельствование в медицинском учреждении, указанном Страховщиком. Я уведомлен и согласен, что в случае моего отказа от заключения договора страхования на предложенных Страховщиком условиях расходы на медицинское освидетельствование за счет Страхователя удерживаются Страховщиком из ранее оплаченной Страхователем суммы, подлежащей возврату.

Настоящим разрешаю любому врачу, любым организациям, оказавшим мне медицинскую помощь и исследовавшим состояние моего здоровья предоставлять Обществу с ограниченной ответственностью Страховая компания «Согласие-Вита» по его запросу полную информацию о состоянии моего здоровья, составляющих врачебную тайну (ч. 3 ст. 13 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), включая копии записей в длинных медицинских документах.

Настоящим выражаю свое согласие на обработку ООО СК «Согласие-Вита» моих персональных данных (включая все действия, перечисленные в ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»), указанных в заявлении и иных документах, используемых ООО СК «Согласие-Вита» для их обработки в соответствии с законодательством Российской Федерации о персональных данных и с целью исполнения ООО СК «Согласие-Вита», условий договора страхования и требований, установленных действующим законодательством, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по договору страхования, осуществления страховой выплаты, администрирования договора, а также в целях информирования о других продуктах и услугах Страховщика, в статистических целях и в целях проведения анализа. ООО СК «Согласие-Вита» имеет право осуществлять следующие действия (операции) с моими персональными данными (в том числе с данными специальной категории): сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам, обезличивание, блокирование, уничтожение. Настоящее согласие действительно в течение срока действия договора (полиса) страхования и в течение 5 (пяти) лет после исполнения договора (полиса) страхования. Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме посредством направления уведомления в адрес ООО СК «Согласие-Вита».

Страхователь / Застрахованное лицо с условиями ознакомлен _____
Подпись

Дата:

Место подписания _____ Представитель Страховщика _____
Ф. И. О.

ИКП: —
код продавца 1 код продавца 2

Страхователь _____ № агентского договора _____
Подпись

Код офиса продаж:

Подпись