

Важно: настоящее Заявление содержит ряд положений, которые носят справочный характер, и включение их в настоящее Заявление не свидетельствует о принятии ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (далее – Страховщик) каких-либо обязательств помимо тех, которые будут предусмотрены заключенным ООО СК «Сбербанк страхование жизни» на основании Правил страхования № 0040.СЖ.01.00, утвержденных Приказом Страховщика от 10.11.2022 № Пр/188-1 (далее – «Правила», «Правила страхования»), Договором страхования, составленным в виде Страхового полиса.

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ
с ООО СК "Сбербанк страхование жизни" (далее - Страховщик)**

Серия _____ № _____ Дата заключения и вручения: «__» _____ г.

1. СТРАХОВАТЕЛЬ/ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО

Фамилия, имя, отчество: _____

Дата рождения: _____ Место рождения: _____

Гражданство: _____ РФ _____ ИНН: _____ СНИЛС: _____

Реквизиты документа, удостоверяющего личность

Наименование: _____ Дата выдачи: _____

Серия, номер: _____ Код подразделения: _____

Кем выдан: _____

Адрес для корреспонденции: _____

Адрес места жительства
(регистрации) или места пребывания: _____

Адрес электронной почты: _____ Мобильный телефон: _____

Для иностранных граждан/лиц без гражданства:

Серия, номер _____ Срок пребывания: с _____ по _____
миграционной карты: _____

Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ:

Наименование: _____ Серия, номер: _____

Срок действия права на пребывание (проживание): с _____ по _____

2. УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

Валюта страхования: _____ Рубли _____ Доллары США _____ Евро _____

Срок действия договора страхования: с 00 часов 00 минут _____ до 24 часов 00 минут _____

Кредитный договор № _____ от _____

Программы страхования (страховые риски):

**Страховая сумма*
на 1 (первый)
период страхования)**

«Смерть», «Смерть вследствие НС», «Смерть вследствие заболевания»,
«Инвалидность 1 или 2 группы», «Инвалидность 1 или 2 группы вследствие НС»,
«Инвалидность 1 или 2 группы вследствие заболевания»

***Страховая** сумма устанавливается единой по Договору страхования (совокупно по всем страховым рискам), изменяется в течение срока действия договор страхования и на второй и последующий периоды определяется как сумма фактической задолженности перед Банком, подлежащая возврату Страхователем/Застрахованным лицом, включающая в себя задолженность по кредиту и начисленные в соответствии с условиями Кредитного договор проценты за пользование кредитом (за исключением

Страхователь: _____

неустоек, штрафов и пени).

Страховую премию/страховой взнос можно уплатить путем наличных и безналичных расчетов (способы оплаты).

Обстоятельства, влияющие на размер страховой премии, указаны в разделе 4 Правил страхования.

3. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛИ

- до момента выдачи кредита по Кредитному договору – Страхователь/Застрахованное лицо (а в случае его смерти - наследники Страхователя/Застрахованного лица);

- с момента выдачи кредита по Кредитному договору: ПАО Сбербанк, а в случае уступки Банком прав по такому Кредитному договору – лицо, которому осуществлена такая уступка прав по Кредитному договору – в размере Задолженности Страхователя/Застрахованного лица по Кредитному договору на Дату страхового случая (как эти термины определены Правилами страхования); в остальной части (а также после полного досрочного погашения Задолженности по Кредитному договору) - Страхователь/Застрахованное лицо (а в случае его смерти - наследники Страхователя/Застрахованного лица).

4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

4.1. Для заключения договора страхования Страховщик вправе установить любое (-ые) из следующих дополнительных условий:

4.1.1. предоставление Страхователем/Застрахованным лицом дополнительных сведений / документов;

4.1.2. уточнение Страхователем/Застрахованным лицом предоставленных Страховщику сведений;

4.1.3. проведение медицинского осмотра / обследования Застрахованного лица.

4.2. Порядок выполнения дополнительных условий:

4.2.1. Для выполнения условий, указанных в подпунктах 4.1.1 и 4.1.2 настоящего Заявления, Страховщик запрашивает недостающие (требуемые уточнения) сведения и (или) документы в объеме, не противоречащем Правилам страхования и законодательству Российской Федерации. Запрошенные документы / сведения предоставляются Страхователем/Застрахованным лицом на условиях, установленных Правилами страхования.

4.2.2. Для выполнения условия, указанного в подп. 4.1.3 настоящего Заявления, Страховщик определяет медицинское (-ие) учреждение (-я), в котором (-ых) будет проводиться медицинский осмотр / обследование и уведомляет об этом Страхователя (Застрахованное лицо). Страхователь/Застрахованное лицо проходит медицинский осмотр / обследование в оговоренные сроки и при необходимости обеспечивает получение Страховщиком его результатов. Медицинский осмотр / обследование проводится за счет средств Страховщика. При этом, если после прохождения медицинского осмотра / обследования, организованного Страховщиком, договор страхования не будет заключен в связи с отказом Страхователя от заключения договора на указанных в настоящем Заявлении условиях, Страховщик вправе требовать возмещения расходов, понесенных им в связи с организацией и проведением медицинского осмотра / обследования. Страхователь, проставляя подпись в настоящем Заявлении, обязуется возместить такие расходы в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения соответствующего требования Страховщика.

5. СОГЛАСИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ/ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

5.1. Подписывая настоящее заявление, Страхователь/Застрахованное лицо (далее - субъект ПДн) дает согласие ООО СК «Сбербанк страхование жизни», адрес: 121170, г. Москва, ул. Поклонная, д. 3, корпус 1 (далее Страховщик):

5.1.1. на обработку (включая операции сбора, записи, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), извлечения, использования, передачи (предоставления, доступа), блокирования, удаления, уничтожения, совершаемых с использованием средств автоматизации и без использования средств автоматизации) персональных данных, указанных в настоящем заявлении, а также нижеперечисленных, в целях:

- заключения договора страхования (включая оценку страхового риска), изменения, исполнения и его прекращения:

дата и место рождения (с указанием страны); возраст; пол; семейное положение; страна проживания; гражданство; сведения о профессиональной занятости (в том числе сведения о статусе ИП, владении бизнесом); адрес места жительства/пребывания/фактического проживания/почтовый адрес; контактная информация; сведения о состоянии здоровья, диспансерном учете (наблюдении) и образе жизни (в том числе о наличии опасных увлечений, занятии спортом, о заболеваниях и обращениях за медицинской помощью); сведения о планах выехать за пределы Российской Федерации; сведения о планах посетить места

вооруженных конфликтов; сведения о наличии инвалидности и оснований ее установления, наличии направления на МСЭ; сведения о нахождении под следствием, привлечении к уголовной ответственности; сведения о наличии несчастных случаев; сведения о наличии договоров личного страхования и их условиях, а также страховых случаях по таким договорам; сведения о финансовом положении и наличии иждивенцев, банковские реквизиты; персональные данные, получение которых обусловлено требованиями законодательства Российской Федерации;

5.1.2. на поручение обработки, передачу персональных данных, указанных выше:

- страховому агенту в части сбора и предоставления их Страховщику в целях принятия решения о заключении (в том числе оценки страхового риска), исполнения, изменения, прекращения договора страхования;

- **ПАО Сбербанк (ОГРН: 1027700132195)** (адрес: 117997, г. Москва, ул. Вавилова, д. 19) в целях реализации процесса взаимодействия со Страхователем, в том числе, путем осуществления прямых контактов с помощью средств связи, по вопросам оказания и/или продвижения своих товаров (работ, услуг) и страховых услуг Страховщика, содействия Страхователю в оформлении Страхового полиса с использованием автоматизированных систем Банка, в том числе Системы «Сбербанк Онлайн» и/или «СБОЛ.ПРО», хранения в системах Банка Страхового полиса;

- **АО "Интеркомп" (ОГРН:1067746798008)** (адрес: 119435, Россия, г. Москва, муниципальный округ Хамовники вн.тер.г., Большой Саввинский пер., д. 12, стр. 6, этаж 2, помещ. 1а) в целях исполнения заключенного ООО СК «Сбербанк страхование жизни» договора страхования, изменения, прекращения договора страхования, принятия решения по событию, имеющему признаки страхового случая, по которому субъект персональных данных будет являться Застрахованным лицом/Страхователем/Выгодоприобретателем;

- **иным третьим лицам**, в соответствии с перечнем третьих лиц, размещенным на официальном сайте Страховщика по адресу: <https://sberbank-insurance.ru/> (вкладка Раскрытие информации – Общие документы);

5.1.3. на осуществление трансграничной передачи персональных данных на территорию государств, обеспечивающих адекватную защиту прав субъектов персональных данных, в целях перестрахования рисков в рамках исполнения, прекращения договора страхования. Обработка персональных данных будет осуществляться Страховщиком и третьими лицами исключительно в составе, необходимом для достижения вышеназванных целей при их возникновении.

5.1.4. на обработку (включая операции сбора, записи, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), извлечения, использования, передачи (предоставления, доступа), блокирования, удаления, уничтожения, совершаемых с использованием средств автоматизации и без использования средств автоматизации) персональных данных, а также на поручение обработки, передачу персональных данных ПАО Сбербанк (ОГРН: 1027700132195, адрес: 117997, г. Москва, ул. Вавилова, д. 19) с целью адаптации и совершенствования предоставляемых услуг и предложений, а также реализации процесса взаимодействия и обмена информацией с субъектом персональных данных по вопросам продвижения страховых услуг ООО СК «Сбербанк страхование жизни»:

дата и место рождения (с указанием страны); возраст; пол; гражданство; сведения о профессиональной занятости (в том числе сведения о статусе ИП, владении бизнесом); адрес места жительства/пребывания/фактического проживания/почтовый адрес; контактная информация. Также субъект персональных данных дает согласие на получение от ООО СК «Сбербанк страхование жизни» и ПАО Сбербанк предложений о страховых услугах ООО СК «Сбербанк страхование жизни» и (или) товаров (работ, услуг) ПАО Сбербанк по сетям электросвязи (в том числе, по телефону, факсу, мобильной связи и электронной почте), а также на осуществление иной коммуникации (в том числе, через Почту России и (или) курьерские службы).

5.1.5. Настоящее согласие действует:

- в течение периода действия договора страхования, заключенного ООО СК «Сбербанк страхование жизни» с субъектом ПДн (в отношении субъекта ПДн) и 5 (пять) лет от даты его прекращения, если более длительный срок обработки персональных данных не предусмотрен требованиями законодательства или

- если оно не было отозвано путем представления письменного обращения за подписью субъекта персональных данных в ООО СК «Сбербанк страхование жизни» по адресу: 121170, Москва, ул. Поклонная, д. 3 корп.1 с указанием фамилии, имени, отчества, адреса места жительства, наименования и номера основного документа, удостоверяющего личность, сведений о дате его выдачи и выдавшем его органе.

Субъект ПДн уведомлен о необходимости незамедлительно сообщать Страховщику об изменении персональных данных с предоставлением подтверждающих документов.

Субъект ПДн уведомлен о том, что в случае отзыва настоящего согласия ООО СК «Сбербанк страхование

жизни» вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пп.2-11 ч.1 ст.6, ч.2 ст.10 и ч.2 ст.11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Субъект ПДн подтверждает, что с порядком и возможными последствиями отзыва настоящего согласия ознакомлен. Субъект ПДн подтверждает, что ознакомлен(а) с перечнем третьих лиц, которым передаются/поручается обработка персональных данных и с Политикой обработки и защиты персональных данных ООО СК «Сбербанк страхование жизни», размещёнными на веб-сайте <https://sberbank-insurance.ru/> (вкладка Раскрытие информации – Общие документы)

5.2. Страхователь/Застрахованное лицо дает свое согласие на предоставление ООО СК «Сбербанк страхование жизни» любыми медицинскими организациями (лечебно-профилактическими учреждениями, учреждениями здравоохранения особого типа), в которых он проходил лечение, находится или находился под наблюдением, сведений о факте своего обращения за оказанием медицинской помощи, о состоянии своего здоровья и диагнозе (прогнозе), иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении в любое время, в том числе в случае смерти Страхователя, а также дает согласие на предоставление ООО СК «Сбербанк страхование жизни» данных по факту своей смерти из Социального фонда Российской Федерации (включая его отделения), иных органов/организаций/учреждений, располагающих такой информацией. Кроме того, Страхователь/Застрахованное лицо согласен, что получение Страховщиком сведений о нем, в том числе составляющих врачебную тайну, может осуществляться в любом виде, в любой форме (в том числе в форме справок, актов, заключений, результатов обследований), в любое время, в том числе в случае его смерти.

5.3. Страхователь/Застрахованное лицо подтверждает, что не является публичным должностным лицом (в том числе: иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность РФ, должность члена Совета Директоров ЦБ РФ, должность федеральной государственной службы, назначение и освобождение от которой осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должность в ЦБ РФ, государственной корпорации и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенную в перечни должностей, определяемые Президентом РФ), а также супругом (-ой) и/или родственником такого публичного должностного лица. В ином случае Страхователь/Застрахованное лицо обязуется предоставить подтверждающие вышеназванные данные документы и / или сведения (в т.ч. об адресе работодателя, степени родства либо статусе по отношению к публичному должностному лицу (с учетом того, что применимо)). Кроме того, Страхователь/Застрахованное лицо подтверждает, что не имеет регистрации, места жительства / нахождения, счета в банке, зарегистрированном в государстве (на территории), которое (ая) не выполняет рекомендации ФАТФ (Группа разработки финансовых мер борьбы с отмыванием денег (The Financial Action Task Force, FATF)). Также Страхователь/Застрахованное лицо подтверждает, что не является субъектом санкций Управления по контролю за иностранными активами Министерства финансов США и Европейского Союза; что целью установления им деловых отношений со Страховщиком является получение страховой услуги на длительной основе.

5.4. Страхователь/Застрахованное лицо подтверждает, что он(а) предупрежден(а) о возможном принятии решений, порождающих юридические последствия в отношении него, как субъекта персональных данных, или иным образом затрагивающих его права и законные интересы, на основании исключительно автоматизированной обработки персональных данных.

Страхователь/Застрахованное лицо подтверждает, что он(а) уведомлен(а) о возможности заявления возражения против принятия таких решений на основании исключительно автоматизированной обработки персональных данных.

5.5. Подписывая настоящее заявление, а равно совершая любое действие, свидетельствующее о волеизъявлении (об акцепте и (или) оферте настоящего документа), в частности, осуществляя оплату страховой премии (первого страхового взноса при рассрочке), Страхователь/Застрахованное лицо добровольно выражает свою волю на присоединение к СОГЛАШЕНИЮ «О ПОРЯДКЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С КЛИЕНТАМИ ООО СК «СБЕРБАНК СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ» ПО УДАЛЕННЫМ КАНАЛАМ ОБСЛУЖИВАНИЯ», размещенному на официальном интернет-сайте ООО СК «Сбербанк страхование жизни» по адресу <https://www.sberbank-insurance.ru>, подтверждает, что ознакомлен с текстом указанного выше Соглашения ЭДО, понимает его содержание и принимает все его условия без каких-либо оговорок.

5.6. Страхователь /Застрахованное лицо разрешает ООО СК «Сбербанк страхование жизни» предоставлять ПАО Сбербанк информацию о наличии договоров личного страхования, заключенных между Страхователем и ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (далее в настоящем абзаце – «договоры Страхователя»), и их

условиях, о прекращении / изменении договоров Страхователя, а также информации, вытекающей из таких договоров, включая информацию, составляющую тайну страхования, в целях оказания ПАО Сбербанк Страхователю услуги по предоставлению информации, связанной с договорами Страхователя, в Системе «Сбербанк Онлайн» Системе «Мобильное рабочее место работника ПАО Сбербанк» (если Страхователь является пользователем таких Систем).

5.7. Подписывая настоящее заявление, Страхователь/Застрахованное лицо подтверждает, что имеет стабильное финансовое положение и положительную деловую репутацию, действует осознанно, в своих интересах, иные лица не имеют возможность контролировать и влиять на его действия в части заключения договор страхования и определения условий договор страхования, целью установления им деловых отношений со Страховщиком является получение страховой услуги. Бенефициарным владельцем¹ является Страхователь. Страхователь /Застрахованное лицо заявляет, что вся указанная в данном Заявлении (в т.ч. в Дополнительной анкете Застрахованного лица) информация является полной и достоверной, и согласен, что данное Заявление является неотъемлемой частью договор страхования.

5.8. При изменении любых сведений, указанных в настоящем Заявлении, Страхователь в случае заключения договор страхования обязуется сообщать Страховщику о таких изменениях в письменной форме в установленные договором страхования сроки.

5.9. **Страхователь согласен на использование Страховщиком факсимильного отображения (иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя и печати Страховщика (в соответствии с пунктом 2 статьи 160 Гражданского кодекса Российской Федерации) для целей заключения договор страхования (подписания Страхового полиса и приложений к нему), а также в иных случаях на условиях, установленных Правилами страхования.**

5.10. В случае заключения договора страхования на основании настоящего Заявления (в т.ч. в «Дополнительной анкете Застрахованного лица») оно становится неотъемлемой частью такого договора страхования. По результатам оценки Страховщиком страхового риска возможно изменение указанных в настоящем Заявлении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования. В таком случае договор страхования может быть заключен на иных условиях и Страхователю может быть предложено оформить и подписать другое заявление на заключение договора страхования.

5.110. Страхователь просит вручить ему Правила страхования следующим способом (выбор осуществляется путем проставления ниже любой отметки в графе ☐):

☐ путем направления файла, содержащего Правила страхования на адрес электронной почты Страхователя, а также указания QR-кода и ссылки в Договоре страхования на адрес размещения Правил на сайте Страховщика в сети «Интернет»;

☐ на бумажном носителе.

Страхователь подтверждает, что условия страхования, в том числе, упомянутые в настоящем Заявлении, а также содержащиеся в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны.

Страхователь:

(подпись)

Дата: ____ 20__ г.

Менеджер по продажам

ВСП: _____

ФИО: _____

¹ Бенефициарный владелец – физическое лицо, которое имеет возможность контролировать действия клиента. Бенефициарным владельцем клиента - физического лица считается это лицо, за исключением случаев, если имеются основания полагать, что бенефициарным владельцем является иное физическое лицо.

к ЗАЯВЛЕНИЮ НА ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ с ООО СК "Сбербанк страхование жизни"

Серия _____ № _____ Дата заключения и вручения: _____

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ АНКЕТА ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

Фамилия, имя, отчество: _____

Дата рождения: _____ Пол: _____

К обстоятельствам, имеющим существенное значение для определения вероятности наступления страхового риска (далее - «существенные обстоятельства для оценки страхового риска») из числа указанных в настоящей Дополнительной анкете сведений относятся сведения о следующих заболеваниях*: туберкулез (А 15 - А 19); инфекции, передающиеся преимущественно половым путем (А 50 - А 64); гепатит В (В 16; В 18.0; В 18.1); гепатит С (В 17.1; В 18.2); болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) (В 20 - В 24); злокачественные новообразования (С 00 - С 97); сахарный диабет (Е 10 - Е 14); психические расстройства и расстройства поведения (F 00 - F 99); цирроз печени (K74.0-K74.6); а также сердечно-сосудистые заболевания или болезни сердца и системы кровообращения (I00-I99, в т.ч. болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (I10-I13.9)).

Сообщение заведомо ложных сведений о существенных обстоятельствах для оценки страхового риска может повлиять на принятие решение о страховой выплате и может стать основанием для признания договора страхования недействительным.

* Названия и коды указаны в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10).

Настоящим сообщаю следующие данные о себе:	рост, см.	вес, кг.	Индекс массы тела	артериальное давление, мм рт. ст.	
				верхнее	нижнее

Укажите, пожалуйста, информацию о своем здоровье и иные сведения в ответах на следующие вопросы:

1	Подавали ли Вы когда-либо заявление на страхование жизни или страхования от несчастного случая? Имеете ли Вы в настоящее время действующие полисы страхования жизни или страхования от несчастного случая? Было ли Ваше заявление на страхование жизни когда-либо отложено на определенное время, отклонено или принято на специальных условиях?	да/нет
а)	Причина приобретения предыдущих полисов страхования.	
б)	Наименование страховых компаний	
в)	Типы программ/ названия продуктов	
г)	Размер страховой суммы и валюта по каждому из договоров (полисов)	
д)	Укажите, какие договоры уже действуют, а какие находятся на стадии рассмотрения/оформления	
е)	Решение страховой компании по Вашему заявлению. Укажите, пожалуйста, причину такого решения.	
ж)	Происходили ли с Вами страховые случаи, повлекшие страховую выплату по договору (полису) страхования жизни и/или от несчастных случаев и болезней? Укажите, пожалуйста, причину и дату страхового случая	
з)	Укажите, какие специальные условия были Вам предложены	
2	Связана ли Ваша профессиональная деятельность или была связана в прошлом с повышенным риском (работа на высоте 15 м и выше, на воде, под водой, под землей, с горючими, взрывчатыми, химическими, радиоактивными веществами и ионизирующим излучением, с источниками электрического тока высокого напряжения, с использованием огнестрельного оружия, с хищными животными; в качестве пилота/члена экипажа воздушного судна; пожарного, военнослужащего, сотрудника органов правопорядка, инкассатора, охранника, телохранителя, спасателя, испытателя и т.п)?	да/нет
а)	Тип (типы) опасной деятельности/обязанностей	
б)	Период работы	

.Страхователь: _____

3	Занимаетесь ли Вы любым видом спорта на профессиональном уровне, включая соревнования, тренировки и сборы? Есть ли у Вас увлечения, которые можно рассматривать как опасные (авиация - полеты на самолетах/летательных аппаратах в качестве пилота, пассажира; авто- и мотоспорт (включая любые соревнования на скорость), бейсджампинг, банджи-джампинг, воздушные виды спорта (включая прыжки с парашютом, канатом), альпинизм, спелеотуризм, скалолазание, контактные и боевые единоборства, бокс, стрельба, подводное плавание, конный спорт, рафтинг, катание на водных мотоциклах, гребля на байдарках, катание на моторном катере, каноэ, каяке, другие опасные виды спорта/увлечения)?		да/нет
а)	Виды спорта/увлечений		
б)	Вы занимаетесь спортом на профессиональном уровне (спорт является основным видом профессиональной деятельности, за которую Вы получаете вознаграждение или заработную плату)?		
в)	С какой периодичностью Вы занимаетесь каждым из указанных видов спорта/увлечений (если вы участвуете в соревнованиях, то дополнительно укажите периодичность соревнований)?		
г)	Занимаетесь ли Вы иными видами спорта/увлечений (укажите, пожалуйста, какими)?		
4	Намереваетесь ли Вы совершать поездки в «горячие» точки планеты (места вооруженных конфликтов, военных действий, народных волнений)?		да/нет
а)	Территория поездки/поездки (страна, город)		
б)	Длительность поездки/поездки		
в)	Периодичность поездок		
г)	Цель/причина каждой из поездок		
5	Направлялись ли Вы на медико-социальную экспертизу, устанавливалась ли Вам группа инвалидности?		да/нет
а)	Была ли Вам установлена группа инвалидности?		
б)	Укажите, пожалуйста, дату установления инвалидности		
в)	Если инвалидность была снята, укажите, пожалуйста, дату снятия инвалидности		
г)	Укажите, пожалуйста, точный диагноз/диагнозы, послужившие причиной установления инвалидности, например: диабет, инфаркт и т.д. (термины «общее заболевание», «трудовое увечье», «военная травма» и т.д. не являются диагнозом).		
6	Были ли у Вас когда-нибудь психические заболевания, расстройства и/или лечились ли Вы от алкоголизма или наркомании?		да/нет
а)	Точный диагноз/диагнозы		
б)	Дата установления диагноза		
в)	Какое лечение Вам проводилось?		
г)	Укажите даты лечения		
д)	Состояние в настоящий момент (полное выздоровление/заболевание не излечено)		
е)	Если заболевание не излечено, то укажите степень/стадию болезни, симптомы и их частоту)		
7	Находились ли Вы под следствием, привлекались ли Вы к уголовной ответственности?		да/нет
а)	Когда это произошло (даты)		
б)	Причина нахождения под следствием или привлечения к уголовной ответственности		
в)	Были ли Вы привлечены к ответственности, мера наказания и иные подробности		
8	Были ли у Вас несчастные случаи, повлекшие за собой тяжелые травмы, ампутацию,		да/нет

	параличи, нарушение зрения, слуха или другие серьезные последствия?	
а)	Точный диагноз/диагнозы	
б)	Дата несчастного случая	
в)	Обстоятельства несчастного случая	
г)	Какое лечение Вам проводилось?	
д)	Состояние в настоящий момент (полное выздоровление/заболевание не излечено)	
е)	Если заболевание не излечено, то укажите степень/стадию болезни, симптомы и их частоту)	
9	Для женщин: если Вы в настоящий момент беременны, укажите, пожалуйста, имелись ли осложнения в течении данной беременности?	да/нет
а)	На каком Вы сейчас сроке беременности?	
б)	Тип (типы) осложнения	
в)	Какое лечение Вам проводилось?	
г)	Укажите даты лечения	
д)	Состояние в настоящий момент (полное выздоровление/заболевание не излечено)	
е)	Если заболевание не излечено, то укажите степень/стадию болезни, симптомы и их частоту)	
10	Если Вы курите, то достигает ли среднеедневное количество выкуриваемых Вами сигарет 20 шт. или больше?	да/нет
а)	Сколько сигарет Вы выкуриваете в среднем в день?	
б)	Сколько лет Вы курите?	
11	Переносили ли Вы или имеете сейчас следующие заболевания и/или нарушения, повреждения следующих органов:	
11.1	Органов зрения (за исключением близорукости, дальнозоркости со снижением качества зрения до -7 диоптрий включительно)	да/нет
а)	Точный диагноз/диагнозы	
б)	Дата установления диагноза	
в)	Какое лечение Вам проводилось?	
г)	Укажите даты лечения	
д)	Состояние в настоящий момент (полное выздоровление/заболевание не излечено)	
е)	Если заболевание не излечено, то укажите степень/стадию болезни, симптомы и их частоту)	
11.2	Органов слуха (за исключением тугоухости легкой степени или отита)	да/нет
а)	Точный диагноз/диагнозы	
б)	Дата установления диагноза	
в)	Какое лечение Вам проводилось?	
г)	Укажите даты лечения	
д)	Состояние в настоящий момент (полное выздоровление/заболевание не излечено)	
е)	Если заболевание не излечено, то укажите степень/стадию болезни, симптомы и их частоту)	
11.3	Дыхательных путей: носоглотки, бронхов, легких (хронический бронхит, пневмония, бронхиальная астма, эмфизема, туберкулез и/или др.)	да/нет
а)	Какое лечение Вам проводилось?	
б)	Укажите даты лечения	
в)	Состояние в настоящий момент (полное выздоровление/заболевание не излечено)	
г)	Если заболевание не излечено, то укажите степень/стадию болезни, симптомы и их частоту)	
д)	Курите ли вы (сколько сигарет в день)?	

11.4	Сердца и сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертония, нарушения сердечного ритма, инфаркт, стенокардия, кардиосклероз, атеросклероз, пороки сердца, сердечная недостаточность и/или др.)	да/нет
а)	Точный диагноз/диагнозы	
б)	Дата установления диагноза	
в)	Какое лечение Вам проводилось?	
г)	Укажите даты лечения	
д)	Состояние в настоящий момент (полное выздоровление/заболевание не излечено)	
е)	Если заболевание не излечено, то укажите степень/стадию болезни, симптомы и их частоту)	
ж)	Курите ли вы (сколько сигарет в день)?	
11.5	Пищеварительной системы: желудка, печени, поджелудочной железы, желчного пузыря, кишечника и др. (язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки, гастрит, колит, цирроз печени, панкреатит, желчнокаменная болезнь и/или др.), за исключением гепатита	да/нет
а)	Точный диагноз/диагнозы	
б)	Дата установления диагноза	
в)	Какое лечение Вам проводилось?	
г)	Укажите даты лечения	
д)	Состояние в настоящий момент (полное выздоровление/заболевание не излечено)	
е)	Если заболевание не излечено, то укажите степень/стадию болезни, симптомы и их частоту)	
11.6	Гепатит (за исключением гепатита А (желтухи, болезни Боткина), перенесенного в прошлом и не имевшего последствий)	да/нет
а)	Вид гепатита (В, С или другой)?	
б)	Дата установления диагноза	
в)	Какова причина заражения гепатитом?	
г)	Вы перенесли гепатит в острой форме или диагностированный у Вас гепатит является хроническим?	
д)	Какое лечение Вам проводилось?	
е)	Укажите даты лечения	
ж)	Состояние в настоящий момент (полное выздоровление /заболевание не излечено)	
з)	Если заболевание не излечено, то укажите степень/стадию болезни, симптомы и их частоту)	
и)	Имеются ли у Вас нарушения функции печени (печень увеличена, установлен диагноз «жировой гепатоз» и/или др.)? Укажите, какие.	
11.7	Мочеполовой системы (болезни почек, мочекаменная болезнь, пиелонефрит, гломерулонефрит и/или др.)	да/нет
а)	Точный диагноз/диагнозы	
б)	Дата установления диагноза	
в)	Какое лечение Вам проводилось?	
г)	Состояние в настоящий момент (полное выздоровление/заболевание не излечено)	
д)	Если заболевание не излечено, то укажите степень/стадию болезни, симптомы и их частоту)	
е)	Укажите даты лечения	
11.8	Головного мозга или нервной системы (инсульт, энцефалит, менингит, ушиб головного мозга, эпилепсия, энцефалопатии, гидроцефалия и/или др.)	да/нет
а)	Точный диагноз/диагнозы	
б)	Дата установления диагноза	

в)	Какое лечение Вам проводилось?	
г)	Укажите даты лечения	
д)	Состояние в настоящий момент (полное выздоровление/заболевание не излечено)	
е)	Если заболевание не излечено, то укажите степень/стадию болезни, симптомы и их частоту)	
11.9	Опорно-двигательного аппарата и соединительных тканей (остеохондроз, грыжа диска/межпозвонковая грыжа, артрит, артроз, системная красная волчанка, склеродермия и/или др.)	да/нет
а)	Точный диагноз/диагнозы	
б)	Дата установления диагноза	
в)	Какое лечение Вам проводилось?	
г)	Укажите даты лечения	
д)	Состояние в настоящий момент (полное выздоровление/заболевание не излечено)	
е)	Если заболевание не излечено, то укажите степень/стадию болезни, симптомы и их частоту)	
11.10	Заболевания эндокринной системы, в т.ч. гипопиза, щитовидной, поджелудочной железы, надпочечников и т.д., за исключением диабета	да/нет
а)	Точный диагноз/диагнозы	
б)	Дата установления диагноза	
в)	Какое лечение Вам проводилось?	
г)	Укажите даты лечения	
д)	Состояние в настоящий момент (полное выздоровление/заболевание не излечено)	
е)	Если заболевание не излечено, то укажите степень/стадию болезни, симптомы и их частоту)	
11.11	Диабет	да/нет
а)	Тип диабета (первый или второй)	
б)	Дата установления диагноза	
в)	Наблюдались ли у Вас потеря сознания, гипогликемия (низкий сахар в крови), диабетическая кома, нейропатия, неврит, ретинопатия и/или др. осложнения (укажите, пожалуйста, какие)?	
г)	Какие медикаменты Вы принимаете в связи с диабетом?	
д)	Укажите уровень сахара в крови натощак	
е)	Укажите уровень сахара в крови после еды	
ж)	Укажите значение показателя HbA1c (гликированный/гликозилированный гемоглобин)	
з)	Курите ли Вы?	
11.12	Новообразования – доброкачественные или злокачественные опухоли (рак), кисты органов	да/нет
а)	Точный диагноз/диагнозы	
б)	Дата установления диагноза	
в)	Какое лечение Вам проводилось?	
г)	Укажите даты лечения	
д)	Состояние в настоящий момент (полное выздоровление/заболевание не излечено)	
е)	Если заболевание не излечено, то укажите степень/стадию болезни, симптомы и их частоту)	
11.13	Заболевания крови (анемия, лейкопения, гемофилия, лимфогранулематоз и/или др.)	да/нет
а)	Точный диагноз/диагнозы	
б)	Дата установления диагноза	
в)	Какое лечение Вам проводилось?	

г)	Укажите даты лечения	
д)	Состояние в настоящий момент (полное выздоровление/заболевание не излечено)	
е)	Если заболевание не излечено, то укажите степень/стадию болезни, симптомы и их частоту)	
11.14	ВИЧ/СПИД	да/нет
а)	Дата установления диагноза	
12	Обращались ли Вы в течение последних 12 месяцев за консультацией к врачу по какой-либо причине и/или находились ли на госпитализации (за исключением гриппа и ОРВИ, синусита, гайморита, растяжения связок, тонзиллита, ангины)?	да/нет
а)	Причина обращения (точный диагноз)	
б)	Даты обращений и установления диагноза	
в)	Какое лечение Вам проводилось?	
г)	Укажите даты лечения	
д)	Состояние в настоящий момент (полное выздоровление/заболевание не излечено)	
е)	Если заболевание не излечено, то укажите степень/стадию болезни, симптомы и их частоту)	
13	Проводилось ли Вам в течение последних 3 (трех) лет или планируется в ближайшем будущем какое-либо хирургическое вмешательство (за исключением аппендэктомии, косметологических манипуляций, стоматологических операций, экстракорпорального оплодотворения, иссечения геморроя, удаления вросшего ногтя, удаления миндалин, прерывания беременности, операции по поводу расширения вен, удаления бородавки)?	да/нет
а)	Точный диагноз/диагнозы	
б)	Дата установления диагноза	
в)	Какое лечение Вам проводилось?	
г)	Укажите даты лечения	
д)	Состояние в настоящий момент (полное выздоровление/заболевание не излечено)	
е)	Если заболевание не излечено, то укажите степень/стадию болезни, симптомы и их частоту)	
14	Принимаете ли Вы регулярно какие-либо медицинские препараты в течение последних 2х лет (за исключением контрацептивов, витаминных препаратов, БАДов)?	да/нет
а)	Наименование препаратов	
б)	Периодичность приема и дозировка	
в)	По какой причине Вам требуется принимать указанные препараты?	
15	Кто-либо из ваших родителей, родных братьев или сестер умер или страдал от следующих заболеваний: рак, сахарный диабет, инсульт, заболевания сердца, туберкулез, психические заболевания, в возрасте моложе чем 60 лет?	да/нет
а)	Укажите, пожалуйста, родственника/родственников	
б)	Какими из перечисленных заболеваний страдал каждый из указанных пункте "а" родственников	
в)	Возраст родственника/родственников, в котором заболевание было диагностировано	
16*	Размер Вашего совокупного годового дохода (за вычетом налогов) за каждый из последних 3 (трех) лет (три финансовых года) из следующих источников:	
а)	от собственной профессиональной деятельности	
б)	от инвестиций	
в)	из других источников (укажите из каких источников)	
17*	Сколько иждивенцев находится на Вашем содержании?	
а)	Кем они Вам приходятся (родственная связь)?	
18*	Являетесь ли Вы индивидуальным предпринимателем или собственником бизнеса/компании?	да/нет
а)	Укажите, в чем заключается Ваш бизнес и Вашу долю собственности	

б)	На какой территории Вы осуществляете Ваш бизнес?	
в)	Укажите продолжительность Вашей работы в этом бизнесе	
г)	Годовой оборот Вашего предприятия за каждый из последних 3 (трех) лет	
д)	Полная прибыль Вашего предприятия за каждый из последних 3 (трех) лет	
е)	Чистая прибыль Вашего предприятия за каждый из последних 3 (трех) лет	

*Заполняется при страховой сумме более 60 000 000 руб.

Я заявляю, что вся информация, указанная мной в «Дополнительной анкете Застрахованного лица» является достоверной и полной.

Я согласен при необходимости пройти медицинское обследование в медицинском учреждении, указанном Страховщиком. Если после прохождения обследования, организованного Страховщиком, Договор страхования не будет заключен в связи с отказом Страхователя от заключения договора на указанных в настоящем Заявлении условиях, Страховщик вправе требовать возмещения расходов, понесенных им в связи с организацией медицинского обследования, а Страхователь обязуется возместить такие расходы в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения соответствующего требования Страховщика.

Страхователь: _____ (подпись)

Дата: _____

Менеджер по продажам

ВСП: _____

ФИО: _____