Заявление на изменение страхователя по Договору страхования (Полису)

СОВКОМБАНК СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ

Заявление на шести листах. Все поля обязательны для заполнения (при отсутствии данных заполняется «нет» или «не имею»)

Сведения о Договоре страхования (Полисе)

№ Полиса: 1111111

Застрахованное лицо: Иванов Максим Петрович

Прежний Страхователь: Иванов Петр Андреевич

Данные нового Страхователя

■ Муж. ☐ Жен. ☐ Юридическое лицо

Ф. И. О./ наименование: Иванова Ольга Юрьевна

Отношение к Застрахованному лицу: мать

В случае если новым Страхователем является юридическое лицо, то поля ниже (кроме Согласия на уступку прав и обязанностей (стр. 4) и Декларации Страхователя (стр. 5)) не обязательны к заполнению при наличии заполненной Анкеты клиента (юридического лица или индивидуального предпринимателя). В случае если новый Страхователь – физическое лицо, то все поля ниже являются обязательными для заполнения.

Дата рождения: 12.04.1972 Место рождения: г. Москва

Семейное положение: замужем Количество детей: 1

Данные документа, удостоверяющего личность

Данные гражданина Российской Федерации (паспорт)

Необходимо предоставить копию паспорта (основной разворот и страница с регистрацией)

Серия: 4314 Номер: 233333 Дата выдачи: 14.06.2010

Кем выдан: ОВД по г.Москва

Код подразделения: 772-007 (6 цифр)

ИНН РФ: 780204893181 (12 цифр) СНИЛС: 115 273 385 69 (11 цифр)

Данные иностранного гражданина либо лица без гражданства

Необходимо представить копию документа, удостоверяющего личность с нотариальным переводом на русский язык

Гражданство: Израиль

Тип документа (паспорт иностранного гражданина или иной): паспорт иностранного гражданина

Серия и номер: 4502168

Дата начала действия: 01.12.2022 Дата окончания действия: 01.12.2032

Кем выдан: Хайфа

Данные документа, подтверждающего право пребывания на территории РФ

Необходимо представить копию документа (виза, вид на жительство, разрешение на временное проживание, регистрация, миграционная карта, в случае отсутствия иных документов)

Серия и номер: 4505 76512

Срок действия права пребывания в РФ с 01.12.2022 по 30.03.2023

Сведения о налоговом резиденстве

Укажите все государства (территории), где Вы являетесь налоговым резидентом (имеете обязательство уплаты налогов)

Израиль

Иностранный ИНН (TIN) или его аналог: 1245623

Имеете ли Вы гражданство/вид на жительство либо соответствуете критериям «долгосрочного пребывания в США»

Да ☐ Нет ■

Застрахованное лицо (или законный представитель)	Прежний Страхователь	Новый Страхователь	Финансовый консультант
Иванов Максим Петрович	Иванов Петр Андреевич	Иванова Ольга Юрьевна	
(Ф. И. О.)	(Ф. И. О., должность для юридического лица)	(Ф. И. О., должность для юридического лица)	(Ф. И. О.)
Москва	Москва	Москва	
(Город)	(Город)	(Город)	(Город)
(Дата, подпись, печать)	(Дата, подпись, печать)	(Дата, подпись, печать)	(Дата, подпись, печать)

№ Полиса 1111111

Адреса и контактная информация

Адрес регистрации

Индекс 1 2 9 2 8 1 Страна Россия Город Москва

Область/край

Улица Партизанок Дом 8 Корпус 3 Квартира 765

Адрес проживания (адрес для корреспонденции), если отличается от адреса регистрации

Индекс Страна Город

Область/край

Улица Дом Корпус Квартира

Контактная информация

Телефон мобильный код страны код + 7 9 2 6 № 6 7 5 3 4 5 6

Телефон контактный код страны код + 7 4 9 9 № 9 7 6 5 4 7 5

E-mail Azio1987@yandex.ru

Место работы/ название компании АО "Спецбанк" Должность/ описание служебных обязанностей старший специалист

Полноту и достоверность сведений, указанных в настоящем заявлении, подтверждаю. Проинформирован(на) о необходимости обновления, указанных в заявлении сведений (информации) в случае их изменения, а также обязуюсь предоставить все необходимые сведения по запросу Страховщика

Наличие задолженности по Полису: ■ Да ☐ Нет

Состояние задолженности по Полису на 0 1 1 2 2 0 2 2 (дата) составляет 5 000,00 руб.

Изменение Страхователя производится только по действующему Полису. В случае восстановления Полиса заявление на изменение Страхователя принимается только одновременно с оплатой суммы по восстановлению. Программы, заключенные в отношении Прежнего Страхователя, прекращают действовать с даты изменения Страхователя. Компания не будет возвращать Прежнему Страхователю стоимость исключенных программ за неиспользованный оплаченный период времени. Новый Страхователь может приобрести новые программы страхования в годовщину действия Договора страхования/Полиса по письменному заявлению.
Заявление на изменение Страхователя недействительно без подписания Соглашения об уступке прав и обязанностей по Договору страхования (стр. 4) и Декларации Страхователя, принимающего права и обязанности по Договору страхования (стр. 5). В случае изменения Страхователя на физическое лицо требуется заполнение Декларации о здоровье (стр. 6).

Застрахованное лицо (или законный представитель)	Прежний Страхователь	Новый Страхователь	Финансовый консультант
Иванов Максим Петрович	Иванов Петр Андреевич	Иванова Ольга Юрьевна	
(Ф. И. О.)	(Ф. И. О., должность для юридического лица)	(Ф. И. О., должность для юридического лица)	(Ф. И. О.)
Москва	Москва	Москва	
(Город)	(Город)	(Город)	(Город)
(Дата, подпись, печать)	(Дата, подпись, печать)	(Дата, подпись, печать)	(Дата, подпись, печать)

Согласие на обработку персональных данных

Настоящим я, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие ООО «Совкомбанк страхование жизни», являющемуся оператором персональных данных, расположенному по адресу: 125284, г. Москва, Ленинградский пр-т, д. 35, стр. 1 (далее – Страховщик), на обработку моих персональных данных: фамилии, имени, отчества, адреса электронной почты, номера телефона, адреса места жительства, адреса регистрации, даты рождения, места рождения, гражданства, паспортных данных/данных иного документа, удостоверяющего личность, данные документа, подтверждающие право на пребывание в РФ, ИНН, СНИЛС, сведения о месте работы, сведений о заключенных договорах страхования, страховых событиях и урегулировании убытков, сведений о состоянии здоровья, а также иной информации, предоставленной Страховщику путем заполнения и направления мной анкет и других документов, а также сведений, полученных Страховщиком от третьих лиц и/или из сети Интернет в процессе заключения и/или исполнения договора страхования (полиса).

Я подтверждаю, что Страховщик может осуществлять обработку указанных персональных данных, а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, поручение обработки другому лицу, проверку достоверности и любых иных действий с указанными персональными данными, не противоречащих закону, совершаемых как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств.

Я даю согласие на обработку персональных данных в целях:

I) заключения, исполнения и/или расторжения договора страхования (перестрахования), в том числе оценки рисков, проверки качества оказания услуг, оценки страховых случаев и осуществления страховых выплат, администрирования договоров страхования, предоставления мне информации о договоре страхования, сбора статистической информации и ее анализа в соответствии с законодательством РФ. Я подтверждаю, что для достижения указанной цели Страховщик может поручать обработку персональных данных другим лицам, в том числе медицинским организациям, провайдерам услуг, сведения о которых размещены в Памятке застрахованного и на сайте Страховщика https://sovcomlife.ru/support-centre/personal-information и поддерживаются Страховщиком в актуальном состоянии.

II) направления мне информации об услугах Страховщика и группы компаний, в которую входит Страховщик, продвижения услуг любыми способами (в том числе по сетям электронной связи), приглашения на мероприятия. Я подтверждаю, что для достижения указанной цели Страховщик может поручать обработку моих персональных данных другим лицам, сведения о которых размещены на сайте Страховщика https://sovcomlife.ru/support-centre/personal-information и поддерживаются Страховщиком в актуальном состоянии. Настоящее согласие предоставляется мной на основании п.1 ст.18 Федерального закона от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе».

Я уведомлен, что Страховщик, при необходимости, на основании п. 8 ст. 10 Закона Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», может получать документы и информацию, необходимые для решения вопроса о страховой выплате, в организациях, включая государственные органы и организации, фонды обязательного медицинского страхования, медицинские учреждения и учреждения медико-социальной экспертизы, в целях исполнения договора страхования вне зависимости от срока и/или периода страхования. Я разрешаю любому лечебному учреждению или врачу, имеющему какую-либо информацию о состоянии моего здоровья, сообщать эту информацию Страховщику и предоставлять соответствующие документы. При этом я согласен с тем, что работники медицинских организаций освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в отношении моих персональных данных.

Настоящее согласие действует в течение 9 лет со дня его предоставления или дня прекращения обязательств сторон по договору страхования. В случае, если в течение указанного срока будет заключен иной договор со Страховщиком, настоящее согласие сохраняет силу в течение всего срока действия каждого договора, а также в течение 9 лет с даты прекращения обязательств сторон по договорам.

Я понимаю, что в любое время вправе отозвать настоящее согласие путём направления заявления в письменной форме об отзыве согласия на обработку персональных данных по адресу: 125284, г. Москва, Ленинградский пр-т, д. 35, стр. 1, ответственному за организацию обработки персональных данных в ООО «Совкомбанк страхование жизни». При этом Страховщик прекращает обработку персональных данных и уничтожает их.

Я уведомлен, что Страховщик вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, предусмотренных законодательством.

Настоящим соглашаюсь с тем, что все указанные в данном Заявлении персональные и контактные данные будут учтены как актуализация информации в отношении всех полисов (в случае их наличия), по которым я являюсь Страхователем, Застрахованным лицом или иным лицом, так или иначе связанным с полисом(-ами).

Новый Страхователь — Иванова Ольга Юрьевна (Ф. И. О.) _____ (подпись)

Согласие на использование электронной почты для направления и получения документов

Я выражаю свое согласие на то, что любые коммуникации со Страховщиком, в том числе по любым заключенным с ним договорам страхования, включая направление и получение любых документов, могут осуществляться в электронном виде путём направления и получения сообщений по адресу электронной почты Страхователя. Сообщение, направленное на адрес электронной почты Страхователя, будет считаться доставленным и в тех случаях, если оно поступило Страхователю, но по обстоятельствам, зависящим от него, он с ним не ознакомился.

Застрахованное лицо (или законный представитель)	Прежний Страхователь	Новый Страхователь	Финансовый консультант
Иванов Максим Петрович	Иванов Петр Андреевич	Иванова Ольга Юрьевна	
(Ф. И. О.)	(Ф. И. О., должность для юридического лица)	(Ф. И. О., должность для юридического лица)	(Ф. И. О.)
Москва	Москва	Москва	
(Город)	(Город)	(Город)	(Город)
(Дата, подпись, печать)	(Дата, подпись, печать)	(Дата, подпись, печать)	(Дата, подпись, печать)

№ Полиса 1111111

Соглашение об уступке прав и обязанностей по Договору страхования

№ 11111111 от 04 июня 20 18 года

Прежний Страхователь, Иванов Петр Андреевич

(Ф. И. О. – физическое лицо / наименование организации – юридическое лицо)

45 08 111111 , с одной стороны и

(серия и номер паспорта для физического лица)

Новый Страхователь, Иванова Ольга Юрьевна

(Ф. И. О. – физическое лицо / наименование организации – юридическое лицо)

4314 233333 , с другой стороны

(серия и номер паспорта для физического лица)

заключили Настоящее Соглашение о нижеследующем:

1. Прежний Страхователь передает, а Новый Страхователь принимает на себя права и обязанности Прежнего Страхователя и становится стороной по Договору страхования № 11111111 от 04 июня 20 18 года, заключенному между Прежним Страхователем и Обществом с ограниченной ответственностью «Совкомбанк страхование жизни» (далее – Страховщиком).
2. Стороны пришли к соглашению, что все обязательства Страховщика перед Прежним Страхователем, не исполненные на дату вступления в силу настоящего Соглашения вне зависимости от того, когда они возникли, должны быть исполнены Страховщиком в пользу Нового Страхователя.
3. Прежний Страхователь обязуется передать Новому Страхователю всю документацию по Договору страхования, а также все сведения, необходимые Новому Страхователю для исполнения обязательств стороны по Договору страхования.
4. Прежний и Новый Страхователи обязуются не предъявлять Страховщику никаких требований и претензий, связанных с возможным неисполнением Прежним и Новым Страхователями каких-либо обязательств друг перед другом в отношении Договора страхования, в том числе, но, не ограничиваясь, обязательств по выплате компенсации за уплаченные страховые взносы, по передаче документов и других обязательств. Вопрос о компенсации за уплаченные прежде страховые взносы и иные вопросы взаимоотношений Прежнего и Нового Страхователей, возникающие в связи с заменой Страхователя, решается по соглашению между Прежним и Новым Страхователями.
5. Новый Страхователь по настоящему Соглашению обязуется осуществлять (вместо Прежнего Страхователя) все права и обязанности Прежнего Страхователя по Договору страхования, возникшие с даты вступления настоящего Соглашения в силу, а также возникшие до даты вступления в силу и не исполненные Прежним Страхователем на эту дату.
6. Новый Страхователь, подписывая настоящее Соглашение, подтверждает, что он проинформирован о задолженности Прежнего Страхователя перед Страховщиком (при наличии) и принимает условие, что указанная в Заявлении на изменение Страхователя по указанному Договору страхования задолженность Прежнего Страхователя (в случае наличия) переходит к Новому Страхователю. Величина задолженности подлежит перерасчету на дату полного погашения задолженности.
7. Новый Страхователь, подписывая настоящее Соглашение, подтверждает, что он ознакомлен и согласен со всеми пунктами Полисных Условий страхования и Дополнительных соглашений (при наличии) по Договору страхования.
8. Настоящее Соглашение вступает в силу с момента подписания его сторонами.

Согласие Страховщика на переход прав и обязанностей по Договору страхования Новому Страхователю подтверждается выпуском Страховщиком Дополнительного Соглашения/ Спецификации Полиса.

Прежний Страхователь Иванов Петр Андреевич (Ф. И. О., должность для юридического лица) Москва (город) _____ (дата, подпись, печать)

Новый Страхователь Иванова Ольга Юрьевна (Ф. И. О., должность для юридического лица) Москва (город) _____ (дата, подпись, печать)

Декларация Страхователя, принимающего права и обязанности по Договору страхования/Полису

Я, Иванова Ольга Юрьевна

Новый Страхователь (Ф. И. О. – физическое лицо / наименование организации – юридическое лицо)

1. Я подтверждаю, что получил полную и подробную информацию о Договоре страхования/Полисе, права и обязанности, по которому принимаю в качестве Страхователя, а также всю информацию о деятельности Общества с ограниченной ответственностью «Совкомбанк страхование жизни» (далее также – Страховщика) и о его представителе в полном объеме согласно Закону РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» от 27.11.1992 № 4015-1.
2. Я подтверждаю, что данные мной ответы на предложенные вопросы соответствуют действительности, вся указанная в Заявлении информация является полной и достоверной. Я подтверждаю, что ответы на предложенные вопросы, данные мной Страховщику или представителю, назначенному Страховщиком при проведении медицинского освидетельствования/экспертизы, соответствуют действительности. Принимаю к сведению, что в случае дачи недостоверных ответов договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения в порядке, предусмотренном гражданским законодательством РФ. Я подтверждаю, что Заявление с Обществом с ограниченной ответственностью «Совкомбанк страхование жизни» заполнено и подписано мной лично. В случае заполнения Заявления не моим почерком подтверждаю, что текст мной прочитан и сведения, изложенные в нем, записаны с моих слов.
3. Настоящим, согласно ст. 959 ГК РФ, обязуюсь незамедлительно сообщать Страховщику о ставших мне известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Значительными, во всяком случае, признаются изменения, оговоренные в настоящем Заявлении / Договоре страхования. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования. При неисполнении Страхователем либо Выгодоприобретателем предусмотренной настоящим пунктом обязанности Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора.
4. Я соглашаюсь с тем, что по результатам оценки страхового риска Общество с ограниченной ответственностью «Совкомбанк страхование жизни» вправе предложить мне иные условия страхования, страховые суммы могут быть увеличены или уменьшены при оценке рисков по данному Заявлению, при этом сумма страховой премии (взноса) остается неизменной.
5. Настоящим подтверждаю, что я, нижеуказанный, не являюсь инвалидом 1-й или 2-й группы, ребенком-инвалидом, не являюсь лицом, требующим постоянного ухода, не страдаю психическим и/или нервным заболеванием и/или расстройством, а также не являюсь ВИЧ-инфицированным или больным СПИДом, не обращался (-лась) за лечением в связи с ВИЧ/СПИДом или состоянием, связанным с ВИЧ/СПИДом. Мне не сообщалось, что мой анализ крови на антитела и антигены к вирусу иммунодефицита человека положителен.
6. Я подтверждаю, что не являюсь публичным должностным лицом (в том числе: иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций, а также лицом, замещающим (занимающим) государственные должности РФ, должности членов Совета Директоров ЦБ РФ, должности федеральной государственной службы, назначение и освобождение от которых осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должности в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемых Президентом РФ), а также супругом(-ой) и / или родственником таких публичных должностных лиц; не имею бенефициарного владельца (физическое лицо, которое имеет возможность контролировать действия клиента), является им сам. В ином случае обязуюсь предоставить в настоящем заявлении Страховщику сведения и / или документы, подтверждающие принадлежность к публичному должностному лицу (в т.ч., наименование и адрес работодателя, степень родства либо статус по отношению к публичному должностному лицу), а также сведения о бенефициарном владельце.
7. Настоящим подтверждаю свое согласие заполнить Заявление на обновление персональных и иных идентификационных данных (в том числе паспортных данных, адреса места жительства, телефона, принадлежности к публичным должностным лицам, налоговом резидентстве), в случае если данные, указанные в договоре страхования, были изменены в течение каждого страхового года. При непредставлении такого Заявления прошу считать персональные и иные идентификационные данные неизмененными.
8. Понимаю и принимаю условие, что задолженность Прежнего Страхователя по Договору страхования\Полису (в случае наличия) переходит к Новому Страхователю.
9. Я согласен с тем, что Страховой полис (договор страхования) может быть подписан Страховщиком отпечатанным типографским способом факсимильным воспроизведением подписи с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи либо иного аналога собственноручной подписи и печати Страховщика. Согласен, что такая подпись на всех документах, подписываемых со стороны Страховщика, будет считаться надлежащей подписью.
10. Настоящим я соглашаюсь с тем, что все письменные документы по договору страхования направляются Страхователю по адресу, указанному им в данном Заявлении и/или иных заявлениях, скрепленных оригиналом подписи, и/или в личном кабинете, в качестве адреса для корреспонденции. В случае, если иной адрес не был сообщен Страховщику в письменной форме, вся корреспонденция считается надлежащим образом направленной Страхователю, если она направлена по адресу для корреспонденции, указанному в настоящем Заявлении.
11. Настоящим подтверждаю, что факт направления Страховщиком мне по почте Дополнительного Соглашения\Спецификации Полиса и других необходимых страховых документов также является акцептом Страховщика моего Заявления об изменении Страхователя и подтверждает принятие мной данных документов.
12. Понимаю и принимаю условие, что в случае, если Страхователь в течение 90 дней со дня подписания настоящего Заявления письменно не уведомил Страховщика о неполучении Договора страхования в полном объеме от предыдущего Страхователя (Спецификация Полиса, Дополнительные соглашения к договору страхования, Таблица выкупных сумм, Квитанция о получении полиса, Полисные Условия страхования) указанный Договор считается измененным с даты, указанной на Дополнительном Соглашении/Спецификации Полиса, и полученным новым Страхователем.
13. Настоящим подтверждаю и согласен, что в соответствии со статьей 213 Налогового кодекса (НК) РФ при досрочном расторжении договора добровольного страхования жизни или договора добровольного пенсионного страхования Страховщик обязан удержать сумму налога, исчисленную с суммы дохода, равной сумме страховых взносов, уплаченных физическим лицом по этому договору, за каждый календарный год, в котором налогоплательщик имел право на получение социального налогового вычета, указанного в подпункте 4 пункта 1 статьи 219 НК РФ. В случае если налогоплательщик вместе с документами на досрочное расторжение договора страхования предоставил справку установленной формы, выданную налоговым органом по месту жительства налогоплательщика, подтверждающую неполучение налогоплательщиком социального налогового вычета, либо подтверждающую факт получения налогоплательщиком суммы предоставленного социального налогового вычета, указанного в подпункте 4 пункта 1 статьи 219 НК РФ, Страховщик соответственно не удерживает сумму налога либо исчисляет сумму налога, подлежащую удержанию.
14. Устная информация и договоренность действительны лишь в том случае, если они подтверждены в письменном виде. Если информация, переданная устно, не соответствует условиям договора страхования, то силу имеют только данные, подтвержденные письменным документом.
15. Я понимаю и принимаю условие, что в случае неоплаты очередного Страхового взноса по Договору страхования такой взнос может быть оплачен автоматическим займом в соответствии с Полисными условиями страхования и с согласия Страховщика. В этом случае данная Декларация считается заявлением на предоставление автоматического займа.

Новый Страхователь Иванова Ольга Юрьевна | Москва | _____

(Ф. И. О., должность для юридического лица) | (город) | (дата, подпись, печать)

Декларация о здоровье

Обязательна для заполнения в случае изменения Страхователя на физическое лицо. Заполняется Новым Страхователем (Все поля обязательны для заполнения)

№ Договора страхования 1111111

Годовой доход Страхователя (руб.):

до 500 000 ☐ 500 001–750 000 ■ 750 0001–1 000 000 ☐ 1 000 001–2 000 000 ☐ 2 000 001–3 000 000 ☐ более 3 000 000 ☐

1) Имеете ли Вы нарушение здоровья, беспокоят ли Вас какие-либо боли / недомогание / плохое самочувствие, связанные с Вашим физическим или психическим состоянием? Если «да», пожалуйста, опишите характер и локализацию ❑ Да ■ Нет

2) Имя и адрес Вашего лечащего врача: Васильева Марина Федоровна
Поликлиника по добровольному медицинскому страхованию: Москва, ул. Енисейская, д25
Поликлиника по обязательному медицинскому страхованию -
Стационары, в которых проходили лечение, и диагноз: -

3) Являетесь ли Вы инвалидом или присваивалась ли Вам ранее инвалидность? ❑ Да ■ Нет

4) Рост 168 и вес 52

5) а) Дневное потребление табака 0 сигарет
б) Недельное потребление алкоголя 0 литров
Вид потребляемого алкоголя: -

6) Принимаете ли Вы какие-либо лекарственные препараты или биологически активные добавки без консультации с врачом? Если «Да», пожалуйста, укажите в связи с чем и перечислите ❑ Да ■ Нет

7) Находитесь ли Вы в настоящий момент или находились под наблюдением врача, на лечении, принимаете ли лекарства или у Вас проявлялись любые симптомы в связи со следующими заболеваниями или состояниями (если да, пожалуйста, опишите заболевания/состояния, Ф. И. О. врачей и названия лечебных учреждений в которых Вы находились на лечении, даты и т.п.): ❑ Да ■ Нет

а) ишемическая болезнь сердца, инфаркт, цереброваскулярная болезнь, атеросклероз, заболевания или дефекты клапанов сердца, боли в груди, сердечные шумы, ревматическая атака, гипертоническая болезнь или повышенное артериальное давление, повышенный уровень холестерина в крови, другие заболевания сердечно-сосудистой системы? ❑ Да ■ Нет

б) рак или другие злокачественные заболевания, болезни крови, полипы, кисты, фиброма, фиброаденома, лимфома, лейкоз или другие новообразования независимо от их локации, доброкачественности или злокачественности, инфекционные заболевания. ❑ Да ■ Нет

в) диабет или повышенный уровень сахара в крови, тиреоидит, зоб или другие заболевания щитовидной железы, а также иные расстройства эндокринной системы? ❑ Да ■ Нет

г) инсульт, транзиторная ишемическая атака или другие нарушения мозгового кровообращения, эпилепсия, головокружения, обмороки, судороги (конвульсии), параличи, черепно-мозговые травмы или любые другие расстройства нервной системы ❑ Да ■ Нет

д) аллергия, астма, бронхит, обструктивная болезнь легких, саркоидоз туберкулез или другие заболевания легких и дыхательных путей? ❑ Да ■ Нет

е) гепатит, панкреатит, холецистит, гастрит, пиелонефрит, гломерулонефрит, почечная недостаточность, миома или любое другое заболевание печени, желудка, кишечника, почек, мочевыводящих путей или репродуктивной системы? ❑ Да ■ Нет

ж) заболевания или поражения органов зрения, слуха, обоняния, ротовой полости и горла ❑ Да ■ Нет

з) неврит, ревматизм, ишиас, артрит или любые другие заболевания или поражения мышц, суставов, костной ткани, позвоночника ❑ Да ■ Нет

и) любые психические заболевания, невротические состояния (страхи, депрессии), алкогольная или наркотическая зависимость ❑ Да ■ Нет

8) Находитесь ли Вы в настоящий момент под наблюдением врача, на лечении, принимаете ли лекарства в связи с каким-либо заболеванием или отклонением, не указанным выше? Укажите клинику и диагноз ❑ Да ■ Нет

9) Получали ли Вы рекомендации врача, что Вам требуется или может потребоваться госпитализация или хирургические операции? Укажите клинику и диагноз ❑ Да ■ Нет

10) Проводились ли Вам рентгенологические исследования, электрокардиография или другие диагностические обследования? Если «Да», пожалуйста, укажите их результат, клинику и диагноз Районная поликлиника №2, рентген легких, норма ■ Да ❑ Нет

11) Находились ли Вы на лечении в стационаре (госпитале, клинике, санатории или другом медицинском учреждении и т. д.), подвергались ли хирургическим операциям? Укажите клинику и диагноз ❑ Да ■ Нет

12) Намереваетесь ли Вы обратиться к врачу за консультацией или пройти диагностическое обследование? Если «Да», укажите диагноз и клинику ❑ Да ■ Нет

13) Страдают или страдали ли Ваши родственники диабетом, повышенным артериальным давлением, сердечно-сосудистыми заболеваниями, заболеваниями сердца, почек, опухолевыми заболеваниями, туберкулезом, психическими расстройствами или пороками развития? Были ли выявлены злокачественные новообразования? Если «Да», укажите возраст родственника, когда это произошло ❑ Да ■ Нет

14) Консультировались или лечились ли Вы в связи со СПИДом или другими заболеваниями, передающимися половым путем, говорили ли Вам, что Вы являетесь носителем ВИЧ? Была ли у Вас или Вам говорили, что у Вас положительная реакция при анализе крови на антитела ВИЧ ❑ Да ■ Нет

15) Проявлялись ли у Вас когда-либо симптомы, причину которых Вы не могли объяснить, такие как: диарея, увеличение лимфатических узлов, необычные изменения кожи, повышенная утомляемость, потеря веса? ❑ Да ■ Нет

16) Только для женщин: беременны ли Вы? При положительном ответе укажите срок беременности: недель
Только для мужчин: были ли Вы освобождены от воинской обязанности или уволены из Вооруженных Сил в связи с Вашим физическим или психическим состоянием? ❑ Да ■ Нет

17) Занимаетесь ли Вы или планируете заняться каким-либо опасным видом спорта или деятельности, а именно: управление летательными аппаратами, дайвингом, парашютным спортом, гонками на скорость, мотоспортом, альпинизмом, охотой на диких животных, боксом или другими активными и опасными видами спорта или деятельности? Если «Да», пожалуйста, опишите подробно ❑ Да ■ Нет

18) Выезжали ли Вы за последние 2 года или планируете выезжать за пределы России, планируете ли жить за пределами России? Если ответ «Да», то укажите страну, цель и продолжительность предполагаемой поездки. ❑ Да ■ Нет

19) Есть ли у Вас другие полисы страхования жизни или от несчастного случая и/или болезней? Пожалуйста, укажите вид страхования, название страховой компании и размер страхового покрытия ■ Да ❑ Нет

20) Подавали ли Вы заявление на страхование или были застрахованы по программам страхования жизни, от несчастных случаев и/или болезней, которые были одобрены, отклонены, отложены, аннулированы или не возобновлены либо были изменены условия страхования ❑ Да ■ Нет

Описание положительных ответов (перед ответом укажите номер вопроса):

ООО СК "Ренессанс жизнь" 500 000,00 руб.

Заявляю, что данные мной ответы соответствуют действительности. Проинформирован, что в случае дачи мной ложных ответов или сокрытия информации, Страховщик вправе требовать признания Договора недействительным в соответствии с действующим законодательством.

Новый Страхователь Иванова Ольга Юрьевна (Ф. И. О., должность для юридического лица) Москва (город) (дата, подпись, печать)