

# Заявление на изменение страхователя по Договору страхования (Полису)



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

## Сведения о Договоре страхования (Полисе)

№ Полиса

Застрахованное лицо

Прежний Страхователь

## Данные нового Страхователя

Муж.  Жен.  Юридическое лицо

Ф. И. О./наименование

Отношение к Застрахованному лицу

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  Место рождения

Семейное положение  Количество детей

## Данные документа, удостоверяющего личность

### Данные гражданина Российской Федерации (паспорт)

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

Серия  Номер  Дата выдачи

Кем выдан

Код подразделения

ИНН РФ  СНИЛС

Виды на жительство

Имеется ли у Вас номер налогоплательщика иного государства? Да  Нет

Если Да, укажите страну и номер налогоплательщика

Являетесь ли Вы гражданином иного государства? Да  Нет  Если Да, то заполните блок ниже

### Данные гражданина иного государства

Гражданства стран  Виды на жительство

Тип документа (паспорт иностранного гражданина или иной)

Серия и номер

Дата начала действия  Дата окончания действия

TIN (ITIN, SSN или иное)

Необходимо предоставить копии имеющихся документов, подтверждающих личность (паспорт, разрешение на временное проживание, вид на жительство, удостоверение беженца или иные документы) и подтверждающих право пребывания лица на территории РФ (виза, миграционная карта, регистрация).

## Адреса и контактная информация

### Адрес регистрации

Индекс  Страна  Город

Область/край

Улица  Дом  Корпус  Квартира

### 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  №

Телефон контактный код страны  код  №

E-mail

Место работы/название компании  Должность/ описание служебных обязанностей

Застрахованное лицо (или законный представитель) Прежний Страхователь Новый Страхователь Финансовый консультант

(Ф. И. О.)

(Ф. И. О., должность для юридического лица)

(Ф. И. О., должность для юридического лица)

(Ф. И. О.)

(Город)

(Город)

(Город)

(Город)

10.09.20 Петров

10.09.20 Петров

10.09.20 Петров

(Дата, подпись, печать)

(Дата, подпись, печать)

(Дата, подпись, печать)

(Дата, подпись, печать)

# Заявление на изменение страхователя по Договору страхования (Полису)



Продолжение

№ Полиса

## Дополнительные сведения (необходимо предоставить ответ в каждом из трех разделов ниже)

В соответствии с пунктом 14 статьи 7 Федерального закона от 07.08.2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма», клиенты обязаны предоставить информацию, необходимую для исполнения организацией требований указанного Федерального закона, включая информацию о лицах (Выгодоприобретателях), к выгоде которых Вы действуете, и Бенефициарных владельцев.

### 1. Сведения о лицах, к выгоде которых производятся действия по заявлению (Выгодоприобретатели)

Имеются ли у Вас лица (Выгодоприобретатели), к выгоде которых Вы действуете (в том числе на основании доверенности, агентского договора, договоров поручения, комиссии и доверительного управления) при проведении операций с денежными средствами по данному заявлению?

- нет, действую к собственной выгоде
- да, действую к выгоде другого лица. Необходимо заполнить Анкету физического / юридического лица / индивидуального предпринимателя отдельно на каждое лицо (Выгодоприобретателя).

### 2. Сведения о Бенефициарных владельцах

Имеются ли у Вас Бенефициарные владельцы, то есть физические лица, которые, в конечном счете, прямо или косвенно (через третьих лиц) имеют возможность контролировать Ваши действия?

- нет, я сам(а) являюсь своим Бенефициарным владельцем
- да, имеются. Необходимо заполнить Анкету физического лица отдельно на каждого Бенефициара.

### 3. Сведения о статусе публичного должностного лица (ПДЛ)

- не являюсь ПДЛ и/или родственником ПДЛ
- являюсь ПДЛ и/или родственником ПДЛ. Заполните поля ниже, указав необходимые категории.

Я являюсь:

- российским публичным должностным лицом, то есть лицом, занимающим государственные должности РФ, должности членов совета директоров ЦБ РФ, должности на федеральной государственной службе, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных на основании федеральных законов
- международным публичным должностным лицом, то есть должностным лицом публичной международной организации, которому доверены или были доверены ею важные функции
- иностранным публичным должностным лицом, то есть публичным должностным лицом иностранного государства.

В случае если отмечен хотя бы один из перечисленных вариантов, необходимо заполнить Анкету публичного должностного лица.

- Я являюсь родственником лица, принадлежащего к одной из перечисленных категорий.  
К какой именно из вышеперечисленных категорий относится Ваш родственник?: (указать)

Степень родства между вами: (указать)

**Достоверность сведений, указанных в настоящем заявлении, подтверждаю. Проинформирован(а) о необходимости обновления указанных в заявлении сведений (информации) в случае их изменения, а также обязуюсь представить все необходимые сведения по запросу организации.**

Наличие задолженности по Полису:  Нет  Да

Состояние задолженности по Полису на 10.09.20 (дата) составляет 5000 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)

(Ф. И. О.)

(Город)

10.09.20 *Иванов*

(Дата, подпись, печать)

Прежний Страхователь

(Ф. И. О., должность для юридического лица)

(Город)

10.09.20 *Петров*

(Дата, подпись, печать)

Новый Страхователь

(Ф. И. О., должность для юридического лица)

(Город)

10.09.20 *Сидоров*

(Дата, подпись, печать)

Финансовый консультант

(Ф. И. О.)

(Город)

(Дата, подпись, печать)

# Заявление на изменение страхователя по Договору страхования (Полису)



Продолжение

№ Полиса

## Согласие на обработку персональных данных

Являясь Субъектом персональных данных, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», настоящим я предоставляю оператору персональных данных – Акционерному обществу «Страховая компания МетЛайф» (адрес местонахождения 127015, город Москва, ул. Бутырская, д. 76, стр. 1), далее именуемое АО «МетЛайф» или Общество, и его партнерам/контрагентам свое согласие на обработку персональных данных, любым, не противоречащим российскому законодательству способом (в том числе с/без использования средств автоматизации, с использованием глобальной информационно-телекоммуникационной сети Интернет), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение персональных данных в целях:

- а) заключения и исполнения договоров/соглашений с АО «МетЛайф» и договоров перестрахования (если применимо);
- б) проверки любых сведений и документов, предоставленных мной Обществу или полученных Обществом из открытых источников, для заключения и исполнения договора страхования или принятия решения по страховому событию, а также получения, при необходимости, дополнительных сведений, в том числе медицинского характера, и документов в любых органах/организациях, включая государственные органы и организации, медицинские учреждения, бюро кредитных историй;
- в) оценки риска, в том числе в связи с состоянием моего здоровья;
- г) предоставления мне Обществом информации по договору или в связи с моими обращениями, а также о предоставляемых Обществом услугах и способах их оказания (в том числе информацию рекламного характера), по любым каналам связи, сообщенным мной Обществу;
- д) ведения справочных и клиентских баз для повышения качества обслуживания клиентов;
- е) осуществления иных функций, возложенных на АО «МетЛайф» нормами применимого законодательства, и заключенными/ заключаемыми со мной договорами, соглашениями.

Персональные данные, в отношении которых дается данное согласие, включают: все вместе и каждая в отдельности персональные данные, относящиеся к Страхователю / Застрахованному лицу и/или Выгодоприобретателю(-ям) в договоре страхования и документах к нему, в том числе сведения медицинского характера и/или содержащие врачебную тайну о состоянии здоровья, сведения о финансовом положении, а также сведения, предоставленные для урегулирования страхового события или в связи с иными обращениями в Общество.

Я выражаю свое согласие на трансграничную передачу (предоставление, доступ) персональных данных в объеме идентификационных сведений в соответствии с Федеральным законом № 115-ФЗ от 07.08.2001 г., иностранным юридическим лицам, находящимся на территории США, в частности: Metropolitan Life Insurance Company (Метрополитан Лайф Иншурэнс Компани), адрес: 1095, Avenue of the Americas, New York, USA.

Я уведомлен о том, что перечень партнеров/контрагентов, которым предоставляются или могут предоставляться мои персональные данные, персональные данные Застрахованного лица и выгодоприобретателя(-ей) в указанных выше целях, размещен на официальном сайте АО «МетЛайф» по адресу: <http://www.metlife.ru/> и/или может быть мне предоставлен на основании отдельного письменного запроса. Перечень таких организаций может быть изменен Страховщиком путем размещения его обновленной версии по указанному выше адресу официального сайта.

Предоставляя согласие, я действую по своей воле и в своем интересе. Согласие дается мной Страховщику и его партнерам/контрагентам добровольно, на весь срок действия договора страхования и следующие 5 (пять) лет после прекращения действия договора страхования, и может быть отозвано мной в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного мной письменного уведомления или письма по электронной почте с указанного мною при заключении договора адреса. Я осознаю, что отзыв моего согласия приведет к прекращению действия договора страхования по моей инициативе, а Страховщик обязан продолжить обработку моих персональных данных и после отзыва моего согласия в случаях и в течение времени, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

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).

Застрахованное лицо  
(или законный представитель)

(Ф. И. О.)

(Город)

10.09.20 Петербург

(Дата, подпись, печать)

Прежний Страхователь

(Ф. И. О., должность для юридического лица)

(Город)

10.09.20 Петров

(Дата, подпись, печать)

Новый Страхователь

(Ф. И. О., должность для юридического лица)

(Город)

10.09.20 Петров

(Дата, подпись, печать)

Финансовый консультант

(Ф. И. О.)

(Город)

(Дата, подпись, печать)

# Соглашение об уступке прав и обязанностей по Договору страхования

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года

Презний Страхователь, \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_, с одной стороны и

(серия и номер паспорта для физического лица)

Новый Страхователь, \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_, с другой стороны

(серия и номер паспорта для физического лица)

## заключили Настоящее Соглашение о нижеследующем:

1. Презний Страхователь передает, а Новый Страхователь принимает на себя права и обязанности Презнего Страхователя и становится стороной по Договору страхования № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года, заключенному между Презним Страхователем и Акционерным обществом «Страховая компания МетЛайф» (далее – Страховщиком).
2. Стороны пришли к соглашению, что все обязательства Страховщика перед Презним 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. Презний 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. Презний и Новый Страхователи обязуются не предъявлять Страховщику никаких требований и претензий, связанных с возможным неисполнением Презним 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 Презнего и Нового Страхователей, возникающие в связи с заменой Страхователя, решается по соглашению между Презним и Новым Страхователями.
5. Новый Страхователь по настоящему Соглашению обязуется осуществлять (вместо Презнего Страхователя) все права и обязанности Презнего Страхователя по Договору страхования, возникшие с даты вступления настоящего Соглашения в силу, а также возникшие до даты вступления в силу и не исполненные Презним Страхователем на эту дату.
6. Новый Страхователь, подписывая настоящее Соглашение, подтверждает, что он проинформирован о задолженности Презнего Страхователя перед Страховщиком (при наличии) и принимает условие, что указанная в Заявлении на изменение Страхователя по указанному Договору страхования задолженность Презнего 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.

Презний Страхователь \_\_\_\_\_ 10.09.20 Петров

(Ф. И. О., должность для юридического лица)

(город)

(дата, подпись, печать)

Новый Страхователь \_\_\_\_\_ 10.09.20 Петров

(Ф. И. О., должность для юридического лица)

(город)

(дата, подпись, печать)

# Декларация Страхователя, принимającego права и обязанности по Договору страхования/Полису

Я, \_\_\_\_\_

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 АО «МетЛайф» (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 АО «МетЛайф» 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 значительными 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 АО «МетЛайф» 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 положительный.
6. Во исполнение требований Федерального закона Российской Федерации от 28.06.2014 № 173-ФЗ «Об особенностях осуществления финансовых операций» настоящим я подтверждаю, что представленная выше информация о наличии/отсутствии у меня гражданства/вида на жительство и/или статуса налогоплательщика иностранного государства на момент подписания данного Заявления полна и достоверна. В случае изменения статуса гражданства (включая двойное гражданство) и/или получения вида на жительство в иностранном государстве, и/или приобретения статуса налогоплательщика иностранного государства, обязуюсь письменно уведомить об этом АО «МетЛайф» в течение 30 (тридцати) дней с даты изменения статуса. Настоящим предоставляю АО «МетЛайф» право передавать информацию, указанную в Заявлении, приложенных к нему, и иную необходимую информацию в иностранный налоговый орган в целях исполнения требований законодательства о налогообложении иностранных счетов.
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), 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 неизменными.
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 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 \_\_\_\_\_

(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 \_\_\_\_\_

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: .....  
Поликлиника по добровольному медицинскому страхованию: .....  
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 ..... и вес .....
- 5) а) Дневное потребление табака .<sup>0</sup>..... сигарет  
б) Недельное потребление алкоголя ..... 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, ФИО 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 .....  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 ли 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):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**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 \_\_\_\_\_

(Ф. И. О., должность для юридического лица)

(город)

(дата, подпись, печать)

10.09.2019