

Договор страхования № _____ от _____

Сведения о Заявителе:

Фамилия, Имя, Отчество (при наличии) _____

Сведения о Страхователе (заполняются данные нового Страхователя в случае его замены):

Фамилия, Имя, Отчество (при наличии) _____

Дата рождения _____ Место рождения _____ Гражданство _____

Паспорт _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____ Код подразделения _____
Документ, удостоверяющий личность

Выдан _____

Дата окончания срока действия (если имеется) _____ ИНН (при наличии) _____

Адрес места жительства (регистрации) _____

Адрес проживания (если отличается от регистрации) _____

Номер моб. телефона +7 _____ Email _____

Являюсь налоговым резидентом США

ДА НЕТ

если ДА необходимо заполнить анкету*

Являюсь налоговым резидентом иного иностранного государства (территории)

ДА НЕТ

если ДА – указать Государство/ИНН (TIN)

Являюсь иностранным, российским публичным должностным лицом, должностным лицом публичной международной организации, супругом (супругой) или близким родственником

ДА НЕТ

Критерии принадлежности к указанной категории лиц, а также форма дополнительной анкеты содержатся на сайте www.renlife.ru

* К налоговым резидентам США относятся: граждане США, лица, имеющие вид на жительство в США (карточка постоянного жителя США по форме I-551 «Green Card»), лица, соответствующие критериям долгосрочного пребывания на территории США, иные лица в соответствии с законодательством США. Критерии принадлежности к указанной категории лиц, а также форма дополнительной анкеты, которую необходимо заполнить в случае положительного ответа на данный вопрос, содержатся на сайте www.renlife.ru

Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ:

Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия) _____

Данные миграционной карты: серия (если имеется), номер карты, дата начала срока действия права пребывания, дата окончания срока действия права пребывания в РФ _____

Вопросыобщегохарактера Таблица № 1

Если Вы ответите «Да», заполните таблицу №7 «Подробные сведения».
 Рост Застрахованного _____ см. Вес Застрахованного _____ кг. Рост Страхователя _____ см. Вес Страхователя _____ кг.
 Цифры артериального давления Застрахованного (мм рт.ст.) ____/____. Цифры артериального давления Страхователя (мм рт.ст.) ____/____.

№	Вопросы	Ответы Застрахованного		Ответы Страхователя	
		ДА	НЕТ	ДА	НЕТ
1.	Было ли у Вас резкое изменение веса (более 7кг) за последний год? <small>(Если «Да», то укажите, увеличился он или уменьшился, насколько и причины)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Курите ли Вы сигареты/сигары/трубки/электронные сигареты? <small>(Если «Да», укажите употребляемое в день количество)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Употребляете ли Вы алкогольные напитки? <small>(Если «Да», укажите вид, крепость алкоголя и количество литров в неделю)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Лечились ли Вы от алкоголизма, наркомании? Состоите ли по этой причине на диспансер-ном учете? <small>(Если «Да», укажите когда и подробные сведения)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Подавали ли Вы уже заявление на страхование жизни или от несчастного случая, которое было отклонено, отложено или принято на особых условиях? <small>(Если «Да», укажите когда и по какой причине)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Работаете ли вы? <small>(Если «Да», укажите профессию/должность, служебные обязанности)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Планируете ли Вы зарубежные поездки длительностью более 1 месяца? <small>(Если «Да», укажите в какую страну и с какой целью)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Привлекались ли Вы к уголовной ответственности? Находитесь ли Вы под следствием? <small>(Если «Да», укажите подробные сведения)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Управляете ли Вы каким-либо транспортным средством? <small>(Если «Да», необходимо указать транспортное средство, стаж и детали, если это связано с экстремальной ездой/соревнованиями)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Занимаетесь ли Вы спортом на любительском или профессиональном уровне? Участвуете ли Вы в соревнованиях? <small>(Если «Да», укажите вид спорта, как долго занимаетесь, место и частоту проведения тренировок, соревнований, наличие травм)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Специальный вопрос для мужчин: Были ли Вы освобождены от воинской обязанности или уволены из Вооруженных Сил в связи с физическим или психическим состоянием? <small>(Если «Да», укажите подробные сведения)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Если «Да», то заполните таблицу №6.

Если Вам потребуется больше места, продолжите описание в таблице № 7 «Подробные сведения»:

№	Вопросы	Ответы Застрахованного		Ответы Страхователя	
		ДА	НЕТ	ДА	НЕТ
1.	Имели или имеете ли Вы за последние 10 лет любое заболевание сердца? (например, ишемическая болезнь сердца, врожденная патология, патология сердца, патология клапанов, сердечные шумы, инфаркт, сердечная недостаточность) (Если «Да», необходимо подчеркнуть, указать подробные сведения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Имели или имеете ли Вы за последние 10 лет повышенное артериальное давление или заболевания кровеносных сосудов, нарушения кровообращения, гипертоническая болезнь, перенесенные инсульты и гипертонические приступы? (Если «Да», необходимо подчеркнуть, указать подробные сведения, в случае повышенного артериального давления, указать показатели рабочего и максимального артериального давления)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Имели или имеете ли Вы за последние 10 лет любые проблемы с системой дыхания или легкими? (например, астма, бронхит, туберкулез, пневмония и другие заболевания) (Если «Да», необходимо подчеркнуть, указать подробные сведения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Имели или имеете ли Вы за последние 10 лет любые расстройства системы пищеварения, поджелудочной железы (например, существующий или подозреваемый неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, язва желудка/двенадцатиперстной кишки) заболевания желчного пузыря, печени? (например, цирроз печени, хронический гепатит, хронический панкреатит) (Если «Да», необходимо подчеркнуть, указать подробные сведения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Имели или имеете ли Вы венерические заболевания? (например, гонорея, сифилис, хламидиоз и другие заболевания) (Если «Да», необходимо подчеркнуть и указать подробные сведения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Имели или имеете ли Вы за последние 10 лет заболевания или расстройства почек мочевого пузыря или репродуктивных органов? (например, хроническая почечная недостаточность, поликистоз почек, пиелонефрит, мочекаменная болезнь) (Если «Да», необходимо подчеркнуть и указать подробные сведения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Имели или имеете ли Вы за последние 10 лет заболевания опорно-двигательного аппарата? (например, мышц, костей, суставов, связок, сухожилий, конечностей, позвоночника, остеохондроз, ревматизм, артрит, подагра, грыжи межпозвоночного диска, смещение дисков или другие заболевания позвоночника, мышечная дистрофия) (Если «Да», необходимо подчеркнуть и указать подробные сведения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Имели или имеете ли Вы за последние 10 лет травмы головы или тяжелые травмы? (Если «Да», укажите подробные сведения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Имели или имеете ли Вы за последние 10 лет заболевания органов слуха и зрения? (например, тугоухость, глаукома, катаракта, выраженная близорукость или дальнозоркость) (Если «Да», необходимо подчеркнуть и указать подробные сведения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Имели или имеете ли Вы за последние 10 лет заболевания крови? (например, лейкомия, анемия, лимфограну-лематоз, гемофилия, неходжкинские лимфомы и другие заболевания) (Если «Да», необходимо подчеркнуть, указать подробные сведения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Имели или имеете ли Вы за последние 10 лет заболевания эндокринной системы и нарушения обмена веществ? (например, диабет, повышенный уровень сахара/глюкозы в крови, заболевание щитовидной железы) (Если «Да», необходимо подчеркнуть, указать подробные сведения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Имели или имеете ли Вы за последние 10 лет опухоли (например, доброкачественные и/или злокачественные), в том числе болезнь Ходжкина? (Если «Да», необходимо подчеркнуть, указать подробные сведения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Имели или имеете ли Вы психические или невротические расстройства, включая эпилепсию, потери сознания, паралич, депрессию и т.д.? (Если «Да», укажите диагноз, длительность течения, получаемое лечение и его эффект)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Состояли/состоите ли Вы за последние 10 лет на учете в психоневрологическом диспансере? (Если «Да», укажите когда и подробные сведения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Имели или имеете ли Вы аллергические реакции? (за исключением сезонных аллергий) (Если «Да», укажите подробные сведения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Сдавали ли Вы кровь на предмет гепатитов, ВИЧ, СПИД, СПИД – связанных расстройств или иных передающихся половым путем или через кровь заболеваний? (Если «Да», необходимо подчеркнуть, указать когда и результат)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Принимали ли Вы когда-либо лекарственные препараты, оказывающие отрицательное влияние на способность к управлению транспортными средствами? (Если «Да», укажите подробные сведения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Проходили ли Вы диспансеризацию, в течение последних 3 лет? (Укажите когда и результаты)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Были ли Вы оперированы, или предлагали ли Вам операцию за последние 10 лет, но Вы отказались? (Укажите когда, с каким диагнозом и причину отказа)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Запланированы ли сейчас операции или какого-либо рода лечение в отношении Вас? (За исключением операции по поводу исправления носовой перегородки, удаления миндалин, стоматологических операций) (Если «Да», укажите подробные сведения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Делали ли Вы компьютерную или ядерно-магнитную томографию, эндоскопию, биопсию, цитологическое и другие исследования, проводились ли Вам курсы лучевой терапии? (Если «Да», укажите подробные сведения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Имели или имеете ли Вы группу инвалидности? (Если «Да», укажите группу, когда установлена инвалидность, причина инвалидности) (Если инвалидность установлена вследствие общего заболевания, укажите точный диагноз)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Находились ли Вы за последние 5 лет на больничном листе сроком 4 (четыре) недели более подряд? (не учитывая больничные листы, выданные в связи с острой респираторной инфекцией, гриппом любой формы и вида, травм не требующих долгосрочной госпитализации) (Если «Да», укажите подробные сведения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Болели ли или болеете в настоящее время коронавирусной инфекцией типа COVID-19, SARS-CoV-2? (Если «Да», укажите подробные сведения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Имели или имеете ли Вы за последние 10 лет иные болезни, травмы, дефекты, увечья, госпитализации? (Если «Да», укажите подробные сведения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Если «Да», то заполните таблицу №6.

Если Вам потребуется больше места, продолжите описание в таблице № 7 «Подробные сведения»:

№	Вопросы	Ответы Застрахованного		Ответы Страхователя	
		ДА	НЕТ	ДА	НЕТ
1.	Есть ли у Вас в настоящее время или были заболевания женских органов? (например, молочных желез, яичников, матки) (Если «Да», укажите подробные сведения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Были ли отклонения в протекании беременности и родов за последние 5 лет? Были ли у Вас аборт? (Если «Да», укажите подробные сведения и результат)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Имели или имеете ли Вы неблагоприятные результаты цитологического/ гистологического исследования слизистой влагалища? (Если «Да», укажите подробные сведения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Беременны ли Вы сейчас? (Если «Да», укажите срок)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Если у Вас нет информации, укажите «Нет информации» ниже в таблице.

Вопросы	Ответы Застрахованного		Ответы Страхователя	
	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ
Болеет ли или болен ли в настоящее время кто-нибудь из Ваших ближайших родственников, как живущих, так и умерших, сердечно-сосудистыми заболеваниями, раком, почечной недостаточностью, диабетом, гипертонией, психическими расстройствами или какими-либо наследственными заболеваниями или расстройствами, как например, мышечная дистрофия, поликистоз почек, врожденный полипоз толстой кишки и т.п.? (Если «Да», укажите подробности в таблице)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Застрахованный	Родственная связь	Возраст, если живы	Если живы, кратко опишите состояние здоровья, если оно плохое, укажите причины этого	Возраст, в котором умерли	Если умерли от болезни, сообщите причину смерти

Страхователь	Родственная связь	Возраст, если живы	Если живы, кратко опишите состояние здоровья, если оно плохое, укажите причины этого	Возраст, в котором умерли	Если умерли от болезни, сообщите причину смерти

Если Вы ответите «Да», заполните таблицу №7 «Подробные сведения»

№	Вопросы	Ответы Застрахованного		Ответы Страхователя	
		ДА	НЕТ	ДА	НЕТ
1.	Укажите размер Вашей ежемесячной заработной платы после уплаты налогов и других вычетов?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Имеете ли Вы регулярный ежемесячный доход из других источников? (Если «Да», укажите размер дохода и из каких источников)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Имеете ли Вы не возвращенный полностью кредит? (Если «Да», укажите в каком банке, остаток по кредиту и сумму ежемесячных платежей)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Полный диагноз, симптомы заболевания	Дата появления первых симптомов	Когда в последний раз наблюдались подобные симптомы (месяц, год)

№ Вопроса	Комментарии

№ Впроса	Комментарии

Я заявляю, что ответы на вопросы настоящего вопросника являются правдивыми и полными. Я знаю, что любые сведения, представленные или непредставленные намеренно, могут стать основанием для отказа в страховой выплате. Подписывая настоящее Заявление, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» Страхователь от своего имени и от имени Застрахованного (далее совместно и по отдельности – «Субъект ПДн») предоставляет:

- ООО «СК «Ренессанс Жизнь» согласие на автоматизированную и/или на бумажных носителях обработку (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (в том числе трансграничную), предоставление, доступ, обезличивание, блокирование, удаление и уничтожение) своих персональных данных (далее – «ПДн») (ФИО, пол, дата и место рождения, данные документа, удостоверяющего личность, ИНН, адрес (фактический, почтовый, регистрации), гражданство, номер телефона (мобильный, домашний), адрес электронной почты, данные о состоянии здоровья и другие сведения, предусмотренные формой Договора страхования или содержащиеся в иных документах, передаваемых Страховщику), в целях:
 - подготовки, формирования, заключения, информационного сопровождения (с помощью любых средств связи) и исполнения Договора страхования;
 - предложения/продвижения на рынке товаров, работ, услуг, проведения опросов для оценки качества услуг, направления любых информационных и рекламных материалов, сообщений и вызовов, в том числе путем осуществления прямых контактов с помощью любых средств связи, включая, но не ограничиваясь, телефонной связи, sms-сообщений, информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», электронной почты (далее – «продвижение услуг»);
 - в соответствии со ст. 18 Федерального закона от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе» на получение рекламных и информационных материалов/сообщений от ООО «СК «Ренессанс Жизнь»;
 - осуществления прав и исполнения обязательств ООО «СК «Ренессанс Жизнь» перед третьими лицами: агентами, перестраховочными организациями, сервисными и иными компаниями (список размещен на официальном сайте www.genlife.ru) при поручении обработки ПДн этим лицам и в рамках заключенных с ними договоров в связи с подготовкой, формированием, заключением, информационным сопровождением (с помощью любых средств связи) и исполнением Договора страхования, а также продвижением услуг.
- ПАО «Группа Ренессанс Страхование» (ОГРН 1187746794366, ИНН 7725497022, место нахождения 115114, г. Москва, Дербеневская набережная, д. 11, этаж 10, пом. 12) согласие:
 - на автоматизированную и/или на бумажных носителях обработку (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, предоставление, доступ, обезличивание, блокирование, удаление и уничтожение) своих ПДн (ФИО, номер телефона (мобильный, домашний), адрес электронной почты) в целях предложения/продвижения на рынке (в том числе путем осуществления прямых контактов с ним с помощью любых средств связи, включая, но не ограничиваясь, телефонной связи, sms-сообщений, информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», электронной почте) работ, услуг ПАО «Группа Ренессанс Страхование»;
 - в соответствии со ст. 18 Федерального закона от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе» на получение рекламных и информационных материалов/сообщений от ПАО «Группа Ренессанс Страхование».
- Субъект ПДн несет ответственность за предоставление согласия на обработку ПДн Выгодоприобретателя.
- Настоящее согласие дается Субъектом ПДн ООО «СК «Ренессанс Жизнь», ПАО «Группа Ренессанс Страхование» на срок действия Договора страхования и в течение 15 (пятнадцати) лет после окончания срока действия Договора страхования, и может быть отозвано Субъектом ПДн в любой момент времени путем передачи ООО «СК «Ренессанс Жизнь», ПАО «Группа Ренессанс Страхование» (каждому в соответствующей части) подписанного им письменного уведомления.

Страхователь:

Дата заявления

Подпись

ФИО Заявителя

Застрахованный:

Дата заявления

Подпись

ФИО Заявителя

ФИО Сотрудника:

Должность:

Служебные отметки: Вх. №

от

Подпись: