



Договор страхования №

от

Я, _____, являясь:

Страхователем/Застрахованным лицом Законным представителем Страхователя/Застрахованного лица

СВЕДЕНИЯ О ЗАСТРАХОВАННОМ ЛИЦЕ, ДЛЯ ГРАЖДАН РОССИИ

ФИО

ДАТА РОЖДЕНИЯ:

МЕСТО РОЖДЕНИЯ

ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ:

КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ:

КЕМ ВЫДАН:

СЕРИЯ:

НОМЕР:

ДАТА ВЫДАЧИ:

ДАТА ОКОНЧАНИЯ СРОКА ДЕЙСТВИЯ (ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ):

ИНН:

СНИЛС:

МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА ИЛИ МЕСТО РЕГИСТРАЦИИ:

МЕСТО ПРОЖИВАНИЯ (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ РЕГИСТРАЦИИ):

ТЕЛЕФОН:

E-MAIL:

ДЛЯ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН ИЛИ ЛИЦ БЕЗ ГРАЖДАНСТВА, НАХОДЯЩИХСЯ В РФ

НОМЕР МИГРАЦИОННОЙ КАРТЫ:

ДАТА ВЫДАЧИ МИГРАЦИОННОЙ КАРТЫ:

СРОК ДЕЙСТВИЯ: с

по

ДАнные ДОКУМЕНТА, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕГО ПРАВО НА ПРЕБЫВАНИЕ (ПРОЖИВАНИЕ) В РФ

ДАТА ВЫДАЧИ:

СРОК ДЕЙСТВИЯ: с

по

являюсь НАЛОГОВЫМ РЕЗИДЕНТОМ США* НЕТ ДА, ЕСЛИ ДА, НЕОБХОДИМО ЗАПОЛНИТЬ АНКЕТУ

являюсь НАЛОГОВЫМ РЕЗИДЕНТОМ ИНОГО ИНОСТРАННОГО ГОСУДАРСТВА (ТЕРРИТОРИИ) НЕТ ДА,

ЕСЛИ ДА, УКАЗАТЬ КАКИХ ГОСУДАРСТВ И ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА (TIN) ДЛЯ КАЖДОГО ГОСУДАРСТВА (ТЕРРИТОРИИ)

ГОСУДАРСТВО/ИНН (TIN):

являюсь ИНОСТРАННЫМ, РОССИЙСКИМ ПУБЛИЧНЫМ ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦОМ, ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦОМ ПУБЛИЧНОЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, СУПРУГОМ (СУПРУГОЙ) ИЛИ БЛИЗКИМ РОДСТВЕННИКОМ УКАЗАННОГО ЛИЦА НЕТ ДА,

* 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.

продолжение на 2 стр. заявления

ПОДПИСЬ

Ф. И. О.

« » ДАТА

20

СТР 1 ИЗ 3

СВЕДЕНИЯ О ПОЛУЧАТЕЛЕ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

(ЗАПОЛНЯЕТСЯ В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ПОЛУЧАТЕЛЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ЛИЦО, ОТЛИЧНОЕ ОТ СТРАХОВАТЕЛЯ/ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА ИЛИ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ):

ФИО

ДАТА РОЖДЕНИЯ:

МЕСТО РОЖДЕНИЯ

ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ:

КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ:

КЕМ ВЫДАН:

СЕРИЯ:

НОМЕР:

ДАТА ВЫДАЧИ:

ДАТА ОКОНЧАНИЯ СРОКА ДЕЙСТВИЯ (ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ):

ИНН:

СНИЛС:

МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА ИЛИ МЕСТО РЕГИСТРАЦИИ:

МЕСТО ПРОЖИВАНИЯ (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ РЕГИСТРАЦИИ):

ТЕЛЕФОН:

E-MAIL:

ДЛЯ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН ИЛИ ЛИЦ БЕЗ ГРАЖДАНСТВА, НАХОДЯЩИХСЯ В РФ

НОМЕР МИГРАЦИОННОЙ КАРТЫ:

ДАТА ВЫДАЧИ МИГРАЦИОННОЙ КАРТЫ:

СРОК ДЕЙСТВИЯ: с

по

ДАННЫЕ ДОКУМЕНТА, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕГО ПРАВО НА ПРЕБЫВАНИЕ (ПРОЖИВАНИЕ) В РФ

ДАТА ВЫДАЧИ:

СРОК ДЕЙСТВИЯ: с

по

ЯВЛЯЮСЬ НАЛОГОВЫМ РЕЗИДЕНТОМ США* НЕТ ДА, ЕСЛИ ДА, НЕОБХОДИМО ЗАПОЛНИТЬ АНКЕТУЯВЛЯЮСЬ НАЛОГОВЫМ РЕЗИДЕНТОМ ИНОГО ИНОСТРАННОГО ГОСУДАРСТВА (ТЕРРИТОРИИ) НЕТ ДА,

ЕСЛИ ДА, УКАЗАТЬ КАКИХ ГОСУДАРСТВ И ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА (TIN) ДЛЯ КАЖДОГО ГОСУДАРСТВА (ТЕРРИТОРИИ)

ГОСУДАРСТВО/ИНН (TIN):

ЯВЛЯЮСЬ ИНОСТРАННЫМ, РОССИЙСКИМ ПУБЛИЧНЫМ ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦОМ, ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦОМ ПУБЛИЧНОЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, СУПРУГОМ (СУПРУГОЙ) ИЛИ БЛИЗКИМ РОДСТВЕННИКОМ УКАЗАННОГО ЛИЦА НЕТ ДА,**ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВСЕ МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ, КОТОРЫХ НАБЛЮДАЛСЯ ЗАСТРАХОВАННЫЙ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ, ПРЕДШЕСТВУЮЩИЕ ДАТЕ СТРАХОВОГО СОБЫТИЯ****УКАЖИТЕ НАИМЕНОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА, В КОТОРОМ НАБЛЮДАЛСЯ ЗАСТРАХОВАННЫЙ****СВЕДЕНИЯ О ПРОИЗОШЕДШЕМ СОБЫТИИ**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА И ОПИСАНИЕ СОБЫТИЯ:

* 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.

продолжение на 3 стр. заявления


 подпись

Ф. И. О.

« »

ДАТА

20

ИНФОРМАЦИЯ О СТРАХОВОМ СОБЫТИИ (НЕОБХОДИМО ОТМЕТИТЬ ХОТЯ БЫ ОДНО СОБЫТИЕ):

<input type="checkbox"/> СМЕРТЬ	ДАТА СМЕРТИ:		ПРИЧИНА СМЕРТИ:	
<input type="checkbox"/> ИНВАЛИДНОСТЬ	ДАТА УСТАНОВЛЕНИЯ:		ГРУППА ИНВАЛИДНОСТИ: ПЕРВАЯ <input type="checkbox"/> ВТОРАЯ <input type="checkbox"/> ТРЕТЬЯ <input type="checkbox"/>	
ДИАГНОЗ				
<input type="checkbox"/> ТЕЛЕСНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ (ТРАВМА)	ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ ТРАВМЫ:			
<input type="checkbox"/> ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ	ДАТА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:			
<input type="checkbox"/> УТРАТА ТРУДОСПОСОБНОСТИ	ПЕРИОД НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ с		по	
	ПЕРИОД ГОСПИТАЛИЗАЦИИ (СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ) с		по	
<input type="checkbox"/> ПОТЕРЯ РАБОТЫ	ДАТА УВОЛЬНЕНИЯ:			
	ДАТА, КОГДА ЗАСТРАХОВАННЫЙ БЫЛ УВЕДОМЛЕН О СВОЁМ ПРЕДСТОЯЩЕМ УВОЛЬНЕНИИ:			
	ОТПУСК ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ (ЕСЛИ БЫЛ, ОТМЕТИТЬ ПОСЛЕДНИЙ):	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА	
	ПЕРИОД ОТПУСКА с		по	
	МЕСТО РАБОТЫ ЗАСТРАХОВАННОГО, ДОЛЖНОСТЬ			

ВНИМАНИЕ!

- Если Застрахованным является ребенок или недееспособное/ограниченно дееспособное лицо, то их интересы, связанные с получением страховой выплаты, осуществляются законными представителями. Документы, подтверждающие их полномочия, должны прилагаться к Заявлению;
- Если Заявление подписано лицом, имеющим полномочия представлять интересы Страхователя/Застрахованного лица в страховой компании, на основании доверенности, к Заявлению должна прилагаться нотариально удостоверенная доверенность.

Прошу перечислить страховую выплату на банковские реквизиты:

ФИО ПОЛУЧАТЕЛЯ:	
НАИМЕНОВАНИЕ БАНКА (И ЕГО ОТДЕЛЕНИЯ):	
БИК:	
РАСЧЕТНЫЙ СЧЕТ:	
КОРРЕСПОНДЕНТСКИЙ СЧЕТ:	
ЛИЦЕВОЙ СЧЕТ / НОМЕР КАРТЫ:	

Подписывая настоящее Заявление, я:

- подтверждаю полноту и достоверность представленной информации;
- даю свое согласие на предоставление ООО «СК «ИНСАЙТ» по его запросу полной информации о состоянии своего здоровья, составляющей врачебную тайну (ч. 3 ст. 13 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), включая копии записей в подлинных медицинских документах, а также любую иную информацию государственными органами и службами, медицинскими и иными учреждениями (в т.ч. лечебно-профилактическими, учреждениями здравоохранения особого типа), располагающими сведениями об истории заболевания, о физическом и психическом состоянии здоровья, об обстоятельствах и причинах (в том числе о возможных причинах) наступления страхового случая (в том числе любому врачу, оказавшему медицинскую помощь и исследовавшему состояние здоровья Страхователя/Застрахованного лица), в том числе после смерти Страхователя, и разрешаю Страховщику использовать эту информацию для решения вопросов, связанных со страхованием, в том числе для решения вопроса о страховой выплате при наступлении страхового случая. Подписывая настоящее заявление, я даю согласие на предоставление ООО «СК «ИНСАЙТ» данных по факту смерти из Пенсионного фонда Российской Федерации (включая его отделения), иных органов/организаций/учреждений, располагающих такой информацией. Я даю согласие на представление другими страховыми компаниями в адрес ООО «СК «ИНСАЙТ» информации о наличии заключенных с этими компаниями договоров страхования, условий таких договоров и информации о заявленных страховых событиях, поданной информации и документах, фактах страховых выплат и отказов и оснований для них.
- даю свое согласие на предоставление ООО «СК «ИНСАЙТ» любой информации /сведений/ документов, в т.ч. данных о состоянии здоровья, связанных с оказанием страховой услуги, государственными органами, федеральными государственными учреждениями МСЭ, Фондом ОМС, медицинскими, страховыми и иными организациями и учреждениями.
- предоставляю ООО «СК «ИНСАЙТ» и лицам, действующим по его поручению, право на обработку (в том числе сбор систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение любым, не противоречащим российскому законодательству способом (в том числе без использования средств автоматизации), на трансграничную передачу в страны, обеспечивающие адекватную защиту персональных данных и не обеспечивающие такую защиту, всех моих персональных данных (в том числе персональных данных о состоянии здоровья) в целях заключения и исполнения Договора страхования, а также в целях предоставления с помощью средств связи информации об исполнении Договора страхования и информации о страховых услугах, оказываемых Страховщиком. При этом такое согласие дается мной Страховщику на весь срок действия Договора страхования и в течение 5 (пяти) лет после прекращения действия Договора страхования и может быть отозвано мной в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного мной письменного уведомления.


ПОДПИСЬ

Ф. И. О.

« » 20
ДАТА

СЛУЖЕБНЫЕ ОТМЕТКИ:

Ф. И. О. СОТРУДНИКА

ДОЛЖНОСТЬ

« » 20
ДАТА