

**ЗАЯВЛЕНИЕ - АНКЕТА**

**на заключение договора страхования жизни работников железнодорожного транспорта**

В соответствии с Правилами страхования жизни работников железнодорожного транспорта ООО «ЖАСО-ЛАЙФ» (далее – Правила) прошу заключить Договор страхования:

**1. СТРАХОВАТЕЛЬ – ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО:**

Фамилия, Имя, Отчество: \_\_\_\_\_  
 Место работы, должность: \_\_\_\_\_  
 Паспорт/ Уд. личности: Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Дата выдачи: «\_\_» \_\_\_\_\_  
 Кем выдан: \_\_\_\_\_  
 Дата рождения \_\_\_\_\_ Гражданство \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_  
 Место рождения \_\_\_\_\_  
 Адрес регистрации/ места жительства: \_\_\_\_\_ Контактные телефоны: \_\_\_\_\_

**Возраст выхода на пенсию:** \_\_\_\_\_ **Годовой доход за календарный год:** \_\_\_\_\_

**2. СТРАХОВЫЕ РИСКИ:**

- 2.1. постоянная утрата Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности по любой причине, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.4 Правил;
- 2.2. дожитие до пенсионного возраста, установленного законодательством Российской Федерации;
- 2.3. смерть Застрахованного лица в период действия договора страхования по любой причине, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.4 Правил;

**3. СТРАХОВАЯ СУММА устанавливается по каждому риску:**

- постоянная утрата Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности по любой причине, за исключением случаев, предусмотренных п.4.4. Правил \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_ ) рублей.
- дожитие Застрахованного лица до пенсионного возраста в соответствии с таблицей выплат «за здоровый образ жизни» \_\_\_\_\_ процентов от суммы страховой премии (страховых взносов) уплаченной по Договору страхования (полису) на дату наступления страхового случая.

Возраст (полных лет) на начало действия договора	Размер страховой суммы в %% от страховой премии
20-24	100%
25-29	90%
30-34	80%
35-39	70%
40-44	60%
45-49	55%
50-58	50%

- смерть Застрахованного лица по любой причине, за исключением случаев, предусмотренных п.4.4. Правил - в размере уплаченной страховой премии (суммы страховых взносов) по Договору страхования (полису) на дату наступления страхового случая.

**4. СРОК СТРАХОВАНИЯ:** с даты поступления первого страхового взноса на расчетный счет ООО «ЖАСО-ЛАЙФ», либо его Представителя, до дня наступления пенсионного возраста (неполный месяц считается за полный).

**5. ПОРЯДОК И ФОРМА УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ):**

- ежемесячно,  - ежеквартально,  - раз в полгода,  - ежегодно  
 - безналичным платежом,  - наличным платежом (нужное указать✓)

**6. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛИ** (лица, назначенные для получения страховой выплаты в связи со смертью Застрахованного лица):

**6.1.** Фамилия, Имя, Отчество: \_\_\_\_\_  
 Паспорт/Уд. Личности: Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Дата выдачи: «\_\_» \_\_\_\_\_  
 Кем выдан: \_\_\_\_\_  
 Дата рождения: \_\_\_\_\_ Гражданство \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_  
 Место рождения \_\_\_\_\_  
 Адрес регистрации/ места жительства: \_\_\_\_\_  
 Контактные телефоны: \_\_\_\_\_  
 Степень родства/отношение к Застрахованному лицу: \_\_\_\_\_ Доля выплаты \_\_\_\_\_%

**6.2.** Фамилия, Имя, Отчество \_\_\_\_\_  
 Паспорт/Уд. Личности: Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Дата выдачи: «\_\_» \_\_\_\_\_  
 Кем выдан: \_\_\_\_\_  
 Дата рождения: \_\_\_\_\_ Гражданство \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_  
 Место рождения \_\_\_\_\_  
 Адрес регистрации/ места жительства: \_\_\_\_\_  
 Контактные телефоны: \_\_\_\_\_  
 Степень родства/отношение к Застрахованному лицу: \_\_\_\_\_ Доля выплаты \_\_\_\_\_%

**7. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ:** Срок действия Заявления-Анкеты - 90 календарных дней с даты заполнения кандидатом на страхование.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. **Подпись Страхователя** \_\_\_\_\_

**ПЕРСОНАЛЬНАЯ АНКЕТА ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА**

1.Фамилия, Имя, Отчество:		
2.Профессия/должность:		
3.Семейное положение:		
4.Связана ли Ваша профессиональная деятельность с вредными факторами: вибрация, шум, загазованность, токсичность и др.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите подробности
5.Занимаетесь ли Вы в качестве хобби или профессионально: авиацией или любыми полетами (дельта- и парапланеризмом, прыжками с парашютом, полетами на планере, вертолете и т.п.), погружениями в воду (плавание с аквалангом, занятие дайвингом и т.д.), альпинизмом и скалолазанием, спелеологией, любыми видами борьбы, боевыми искусствами, боксом, автоспорт, мотоспорт, передвижение на мотоцикле, охотой и др.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите подробности
6.Принимаете ли Вы участия в соревнованиях?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите подробности
7.Укажите: Ваш рост и вес Артериальное давление (обычное, мм. рт. ст.)	Рост _____ см / Вес _____ кг Верхнее _____ / Нижнее _____	
8.Курите ли Вы?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», количество: _____ сигарет, в день
9.Употребляете ли Вы алкоголь?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите какой именно _____, и объем потребления алкоголя за неделю _____ (грамм)
10.Употребляете ли Вы психотропные препараты, наркотики?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите какие и с какой целью
11. Застрахованы ли Вы в данной или в других страховых компаниях?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите в каких компаниях
<b>ИМЕЮТСЯ ЛИ У ВАС В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ИЛИ ИМЕЛИСЬ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ ПЯТИ ЛЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ?</b>		
12.Заболевания системы кровообращения и сердечно-сосудистой системы? (в т.ч. гипертония, ишемическая болезнь сердца, стенокардия, инфаркт, инсульт, кардиомиопатия, пороки сердца, аневризма, атеро/кардио-склероз, нарушения сердечного ритма, тромбоз, ревматическая болезнь сердца, преходящее нарушение мозгового кровообращения, хроническая сердечная недостаточность и др.)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите диагноз
13.Заболевания органов дыхания? (в т.ч. бронхиальная астма, туберкулез, пневмония, бронхит с астматическим компонентом, эмфизема, хр. обструктивная болезнь легких, пневмосклероз, хроническая легочная недостаточность и др.)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите диагноз
14.Заболевания нервной системы (в т.ч. эпилепсия, рассеянный склероз и др.), психические расстройства?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите диагноз
15.Заболевания желудочно-кишечного тракта? (в т.ч. хронический панкреатит, хронический гепатит, язвенная болезнь, цирроз печени, альвеококкоз печени и др.)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите диагноз
16.Заболевания мочеполовой системы? (в т.ч. мочекаменная болезнь, хронический пиело- или гломерулонефрит, хроническая почечная недостаточность, нефрэктомия (удаление почки) и др., гинекологические, урологические заболевания.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите диагноз
17.Заболевания опорно-двигательного аппарата? (в т.ч. остеохондроз, грыжа позвоночника, артрит, артроз, деформирующий спондилез и др.)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите диагноз
18.Имеются ли нарушения функции движения?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите подробности
19.Заболевания органов слуха? (в т.ч. тугоухость, кохлеарный неврит и др.)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите диагноз
20.Заболевания органов зрения? (в т.ч кератит, катаракта, глаукома, макулодистрофия, ангиопатия сетчатки и др.)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите диагноз
21.Заболевания уха, горла, носа? (в т.ч. синусит, отит, хр. тонзиллит и др.)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите диагноз

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.      Подпись Страхователя \_\_\_\_\_

22. Заболевания крови?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите диагноз
23. Болеете ли СПИД, инфицированы ВИЧ?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите диагноз
24. Заболевания эндокринной системы? (в т.ч. сахарный диабет, тиреотоксикоз, гипотиреоз, аденома гипофиза и надпочечников, и др.)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите диагноз
25. Онкологические заболевания, новообразования или опухоли любого вида?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите диагноз
26. Проходили ли Вы лечение в стационаре?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите дату и диагноз
27. Были ли Вы оперированы?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите дату и диагноз
28. Проходите ли Вы лечение (стационарно, амбулаторно), медицинское обследование в настоящее время?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите причину
29. Имеются ли у Вас или имелись повреждения, травмы (в т.ч. переломы, ранения, черепно-мозговые травмы и др.)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите подробности
30. Устанавливалась ли Вам ранее или установлена в настоящее время группа инвалидности?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», то укажите дату, группу и диагноз
31. а) Дата прохождения последнего обязательного медицинского осмотра?	Дата: _____ Укажите результаты: _____	
б) Дата прохождения досрочного медицинского осмотра?	Дата: _____ Укажите результаты: _____	
в) Дата прохождения очередного обязательного медицинского осмотра?	Дата: _____ Укажите результаты: _____	
32. Укажите наименование лечебных учреждений, оказывавших Вам медицинские услуги в течение последних 5 лет. _____		

Настоящим заявляю, что при заполнении данного заявления-анкеты все поставленные Страховщиком вопросы мне были понятны, их содержание и смысл мне ясны. Отвечая на поставленные вопросы, я сообщил(-а) обо всех известных мне сведениях и обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска и вероятности наступления страхового случая. Я ознакомлен(-а) с содержанием статьи 944 ГК РФ и заявляю, что все сведения, сообщенные мною в настоящем Заявлении-анкете, являются полными и достоверными. Мне известно, что сообщение Страховщику ложных сведений о степени риска по договору является основанием для признания договора страхования недействительным. Мне известно, что я обязан(-а) сообщать ООО «ЖАСО-ЛАЙФ» о всяких изменениях в обстоятельствах, относительно которых мне были заданы вопросы в настоящем заявлении-анкете.

Я разрешаю любому работнику ООО «ЖАСО-ЛАЙФ», принимающему решение по вопросу рассмотрения заявленного страхового события, в соответствии со статьей 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" запрашивать и получать в медицинских и иных учреждениях, в которые я обращался(-ась), состоял(а) на учете и/или проходил(а) обследование и/или лечение, документы и сведения, в том числе выписки из медицинских документов и копии медицинских документов, оформленные в установленном порядке (истории болезни, амбулаторные карты), а также всю необходимую информацию касательно состояния моего здоровья, результатов всех проведенных анализов и иных исследований, течения заболевания, оперативных вмешательств и иных сведений, составляющих врачебную тайну, а также предоставлять вышеуказанному работнику ООО «ЖАСО-ЛАЙФ» доступ к медицинской документации, необходимой для рассмотрения вопроса о страховой выплате.

Я согласен(-а) на обработку (в т.ч. сбор, систематизацию, накопление, хранение, уничтожение/обновление, изменение, использование, распространение, в том числе передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение) Страховщиком и уполномоченными им третьими лицами своих персональных данных (в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. "О персональных данных" №152-ФЗ), указанных в настоящем заявлении, в договоре страхования (а также иных персональных сведений, получаемых Страховщиком при исполнении договора страхования), любыми способами, установленными законом, в целях, связанных с исполнением обязательств по договору страхования, а также в целях информирования Страхователя о программах страхования, о сроке действия договора и в иных целях путем осуществления Страховщиком прямых контактов со Страхователем с помощью средств связи, а также выражаю Страховщику согласие на предоставление, в том числе Выгодоприобретателю(-ям), информации об исполнении Страховщиком и/или Страхователем обязательств по договору страхования, в том числе информацию об оплате и размере страховой премии (страховых взносов), размере страховой суммы, о возникновении и урегулировании претензий, наступлении/вероятности наступления страховых случаев, страховой выплате и другую, имеющую отношение к договору страхования информацию. При этом мое согласие дается Страховщику на весь срок действия договора страхования и в течение пяти лет после окончания срока действия договора страхования и может быть отозвано мною в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного письменного уведомления. Также я согласен(-а) на обработку перестраховщиками и аудиторами ООО «ЖАСО-ЛАЙФ» сообщенных мною персональных данных любым предусмотренным законодательством Российской Федерации способом и разрешаю ООО «ЖАСО-ЛАЙФ» передачу моих персональных данных указанным категориям лиц.

Являются ли Страхователь (Застрахованное лицо), Выгодоприобретатель, поименованные в настоящем заявлении-анкете, иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), его супругом/ой или близким родственником (родственником по прямой восходящей или нисходящей линии – родителем/ребенком, бабушкой/дедушкой, внуком/внучкой, полнородным или неполнородным братом/сестрой, усыновителем или усыновленным)?  Нет  Да (нужно указать ✓)? Если «ДА, указать:

_____	_____	_____
фамилия, имя, отчество	степень родства	должность
_____	_____	_____
фамилия, имя, отчество	степень родства	должность
_____	_____	_____
фамилия, имя, отчество	степень родства	должность

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Подпись Страхователя \_\_\_\_\_

Являются ли Страхователь (Застрахованное лицо), Выгодоприобретатель, поименованные в настоящем заявлении-анкете, должностным лицом публичной международной организации или лицом, занимающим (замещающим) государственную должность Российской Федерации, должность члена Совета директоров Центрального Банка Российской Федерации, должность федеральной государственной службы, назначение на которую и освобождение от которой осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должность в Центральном банке Российской Федерации, государственной корпорации или иной организации, созданной Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенную в перечни должностей, определяемых Президентом Российской Федерации?  Нет  Да (нужное указать ✓). Если «ДА», указать:

фамилия, имя, отчество	должность
фамилия, имя, отчество	должность
фамилия, имя, отчество	должность

Являются ли Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель, поименованные в настоящем заявлении-анкете, иностранным налогоплательщиком?  Нет  Да (нужное указать ✓) Если «ДА», указать: Ф.И.О., страну, налогоплательщиком которой являются указанные лица и получить согласие на передачу информации о факте заключения договора страхования и его условиях в иностранный налоговый орган (по запросу этого иностранного налогового органа. В случае не получения такого согласия иностранного налогоплательщика, Страховщик имеет право отказать в заключении договора страхования.

фамилия, имя, отчество	страна	согласен	подпись
фамилия, имя, отчество	страна	согласен	подпись
фамилия, имя, отчество	страна	согласен	подпись

Я обязуюсь сообщать Страховщику не реже одного раза в год об изменениях своих персональных данных и персональных данных Выгодоприобретателя (ФИО, паспортные данные, адрес регистрации).

**Я принимаю на себя ответственность за полноту и достоверность изложенных сведений и согласен (-на), что данное заявление-анкета является неотъемлемой частью договора страхования/полиса.**

С Правилами страхования ознакомлен(-на), условия страхования разъяснены и понятны.

При обнаружении в период от заполнения настоящей персональной анкеты до заключения договора страхования (до уплаты первого взноса) изменений в обстоятельствах, указанных в настоящей персональной анкете, Страхователь обязан сообщить об этом Страховщику.

Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. **Страхователь** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Ф.И.О. Страхователя подпись

**поле для отметок Страховщика**

**Заявление-Анкета проверена, заполнена полностью, Представитель Страховщика** «\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. представителя Страховщика) (подпись)

Заявление принял \_\_\_\_\_ Дата получения «\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.  
(Ф.И.О. работника ООО «ЖАСО-ЛАЙФ»)

Результаты проведения андеррайтинга:

Принято на страхование  Принято на страхование с применением повышающего коэффициента\*  Иное:

Повышающие коэффициенты: \_\_\_\_\_

Предлагаемые условия вступления в Программу: \_\_\_\_\_

Страховая сумма, руб.	Базовый тариф, %	Тариф, с учетом повышающего коэфф. %	Страховая премия, руб.

\*) - базовый тариф определяется по Таблице, в зависимости от возраста Застрахованного лица. При уплате страховой премии в рассрочку указывается тариф, установленный для данного порядка уплаты страховых взносов.

\*\*\*) – повышающий коэффициент определяется в соответствии с Таблицами поправочных коэффициентов.

**Место для замечаний:**

---



---



---



---



---



---



---



---

Дата: «\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. Страховщик: \_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О.)