

Застрахованное лицо:

Гражданство			Нерезидент
Фамилия			
Имя			
Отчество			
Фамилия (англ.)	ДЛЯ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН		
Имя (англ.)			
Дата рождения	Профессия		
Пол:	<input type="checkbox"/> мужской	<input type="checkbox"/> женский	Родственные отношения со страхователем
Документ, удостоверяющий личность	<input type="checkbox"/> паспорт	<input type="checkbox"/> иное	Серия
			Номер
Кем выдан		Дата выдачи	
Индекс	Адрес для корреспонденции (адрес проживания)		
Республика, край, область, АО, район			
Город, поселок, деревня, село (нужное подчеркнуть)			
	улица	дом	корпус
			квартира

Выгодоприобретатели (на случай смерти Застрахованного лица)

1. Гражданство			
Фамилия			
Имя			
Отчество			
Фамилия (англ.)	ДЛЯ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН		
Имя (англ.)			
Дата рождения			
Родственные отношения с застрахованным		Доля страховой суммы (%)	
Документ, удостовер. личность	<input type="checkbox"/> Паспорт	<input type="checkbox"/> Иное	Серия
			Номер
Кем выдан		Дата выдачи	
2. Гражданство			
Фамилия			
Имя			
Отчество			
Фамилия (англ.)	ДЛЯ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН		
Имя (англ.)			
Дата рождения			
Родственные отношения с застрахованным		Доля страховой суммы (%)	
Документ, удостовер. личность	<input type="checkbox"/> Паспорт	<input type="checkbox"/> Иное	Серия
			Номер
Кем выдан		Дата выдачи	
3. Гражданство			
Фамилия			
Имя			
Отчество			
Фамилия (англ.)	ДЛЯ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН		
Имя (англ.)			
Дата рождения			

V. Сроки и периодичность выплаты пенсии

**Периодичность выплаты
пенсии**

ежегод-
но раз в пол-
года ежеквар-
тально ежемесячно единовре-
менно

Период выплаты пенсии

лет с _____ по _____, дата выплаты первой
пенсии _____

Гарантированный период

пожизненно
 лет с _____ по _____

Подпись Страхователя

Анкета

	Страхователь	Застрахованное лицо
1. Данные о состоянии здоровья:		
1.1. Сообщите название и адрес Вашей поликлиники, Ф.И.О. лечащего врача: _____		
1.2. Рост _____; Вес _____; Рост, вес изменились за последний год? (если «да», укажите, пожалуйста, причину)	_____; _____; да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	_____ см _____ кг да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
АД _____ / _____;		_____ / _____ мм рт. ст.
1.3. Ежемесячное потребление алкоголя (укажите, пожалуйста, крепость)		
1.4. Ежедневное потребление табака		
1.5. Являетесь ли Вы инвалидом I, II или III группы, или инвалидом детства, лицом, требующим постоянного ухода, что подтверждается медицинским заключением?	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
Переносили ли Вы или имеете сейчас нижеприведенные заболевания:		
1.6. Заболевания органов дыхания? (хронический бронхит, пневмония, бронхиальная астма, эмфизема, туберкулез и др.)	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
1.7. Заболевания сердца и сердечно-сосудистой системы? (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, нарушения сердечного ритма, пороки сердца, ревмокардит, сердечно-сосудистая недостаточность и др.)	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
1.8. Заболевания головного мозга или периферической нервной системы, психические расстройства? (инсульт, энцефалит, менингит, сотрясения или ушибы головного мозга, эпилепсия, психозы и др.)	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
1.9. Заболевания желудочно-кишечного тракта? (язвенная болезнь желудка и/или 12-перстной кишки, гастриты, колиты, цирроз печени, желчно-каменная болезнь и др.)	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
1.10. Заболевания мочеполовой системы? (болезни почек, хронический пиело- или гломерулонефрит и др.)	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
1.11. Заболевания опорно-двигательного аппарата и соединительных тканей? (остеохондроз, грыжа Шморля, системная красная волчанка, склеродермия и др.)	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
1.12. Заболевания органов слуха и зрения? (хронический отит, тугоухость, выраженная близорукость или дальнозоркость, астигматизм, глаукома, катаракта и др.)	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
1.13. Заболевания крови? (анемия, лейкомия, лимфогранулематоз, гемофилия и др.)	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
1.14. Венерические заболевания (сифилис и др.), СПИД или ВИЧ-инфекция, вирусный гепатит и другие инфекционные заболевания?	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
1.15. Заболевания эндокринной системы? (тиреотоксикоз, гипотериоз, заболевания гипофиза и надпочечников, сахарный диабет и др.)	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
1.16. Злокачественные или доброкачественные опухоли различных органов?	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
1.17. Проводились ли Вам хирургические вмешательства?	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
1.18. Вопрос только для женщин: беременны ли Вы? Укажите, пожалуйста, срок беременности _____. Беременность протекает с осложнениями?	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
1.19. Страдали ли от диабета, рака, инсульта, заболеваний сердца, повышенного давления, заболеваний почек, психических, наследственных заболеваний Ваши родители, братья или сестры, живые или умершие в возрасте до 60 лет?	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
2. Дополнительная информация:		
2.1. Имеете ли Вы полисы страхования жизни и здоровья в данной или других страховых компаниях, было ли Ваше заявление на страхование жизни когда-либо отложено на определенное время, отклонено или принято на специальных условиях?	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
2.2. Занимаетесь ли Вы регулярно опасными видами спорта? Основной вид спорта: _____ <input type="checkbox"/> На профессиональной основе <input type="checkbox"/> На любительской основе Как часто занимаетесь основным видом спорта: _____ дней в неделю	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
2.3. Связана ли Ваша профессиональная деятельность с повышенной опасностью?	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	
2.4. Связаны ли Вы с опасными для жизни путешествиями, поездками, экспедициями? Периодичность поездок _____ в год.	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	

В случае положительных ответов на предыдущие вопросы просьба указать подробности (при необходимости используйте дополнительный лист):

№ вопроса	Уточнения

Заявляю, что вся указанная в данном заявлении информация является полной и достоверной, и согласен (-на), что данное заявление является составной частью полиса. Я знаю, что не представленные мною сведения об обстоятельствах, влияющих на степень страхового риска, а также заведомо ложные сведения, могут стать основанием для признания договора страхования недействительным.

Я понимаю, что должен (-на) сообщить Страховщику – ООО «СК «РГС-Жизнь» - обо всех изменениях в роде деятельности, увлечениях и других данных, связанных с увеличением риска смерти. В случае если предоставленной информации недостаточно для оценки риска, я разрешаю любому лечебному учреждению или врачу, куда и к кому обращался (-лась), предоставить полную информацию, касающуюся состояния моего здоровья, Страховщику.

Я предоставляю Страховщику - ООО «СК «РГС-Жизнь» - право произвести индивидуальную оценку риска, связанного с принятием меня на страхование. Я поставлен (-на) в известность о возможном изменении предлагаемых мне условий страхования в связи с результатом оценки риска. Я согласен (на) с тем, что договор страхования будет заключен и вступит в силу только после принятия Страховщиком решения о заключении договора страхования, но не ранее уплаты мной страхового взноса, что будет подтверждено вручением мне полиса.

Прошу заключить договор страхования на условиях Правил добровольного пенсионного страхования №3 в редакции от _____.

ООО «СК «РГС-Жизнь»
Правила добровольного пенсионного страхования

С указанными Правилами страхования ознакомлен (-на) и согласен (-на). Выписку из Правил добровольного пенсионного страхования №3 в редакции, от _____ Программу страхования _____

получил (-ла).

Подпись Застрахованного лица или его
законного представителя

Подпись Страхователя

Подпись агента

Дата

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--