

Приложение № _____
к Договору / Полису страхования от несчастных случаев и болезней Л _____ от _____ . 20 ____ г.

Заявление на страхование

Часть 1.

Общие сведения и условия страхования.

Внимание! Часть 1 обязательна для заполнения.

| | | | |
|--|-------------|-------------------|----------------|
| 1. Страхователь (заполняется, если не соответствует лицу, принимаемому на страхование). | | | |
| <input type="checkbox"/> физическое лицо: | | | |
| Фамилия имя отчество | | | |
| Домашний адрес (прописка): | | | |
| Дата рождения | . . г. | ИНН (при наличии) | |
| Документ, удостоверяющий личность (паспорт) | серия | | номер |
| | Дата выдачи | | Выдавший орган |
| Контактный телефон: | | Гражданство: | |
| <input type="checkbox"/> юридическое лицо: | | | |
| Наименование | | | |
| Юридический адрес: | | | |
| Расчетный счет | | Банк | |
| Корреспондентский счет | | БИК | |
| ИНН | | КПП | |
| ОКПО | | ОГРН | |
| Контактный телефон: | | | |

| | | | |
|---|-------------|-------------------|----------------|
| 2. Лицо, принимаемое на страхование | | | |
| Фамилия имя отчество | | | |
| Домашний адрес (прописка): | | | |
| Дата рождения | . . г. | ИНН (при наличии) | |
| Документ, удостоверяющий личность (паспорт, свидетельство о рождении, другое - указать) | серия | | номер |
| | Дата выдачи | | Выдавший орган |
| Контактный телефон: | | Гражданство: | |
| Семейное положение: | | | |
| <input type="checkbox"/> лицу, принимаемому на страхование, менее 18 лет (несовершеннолетний) | | | |
| <input type="checkbox"/> в браке не состоит | | | |
| <input type="checkbox"/> состоит в зарегистрированном браке; | | | |
| <input type="checkbox"/> состоит в «гражданском» (незарегистрированном) браке | | | |
| <input type="checkbox"/> вдовец / вдова | | | |

| | | | |
|--|--|-----------|--|
| 2.1. Детальное описание специальности и отрасли производства: | | | |
| Профессия | | Должность | |
| Место работы: | | | |

| | |
|---|--|
| 2.2. Регулярные занятия спортом (в т.ч. авиационный спорт, планеризм, парашютизм, альпинизм, конный спорт, картинг, мотокросс, сноуборд, горные лыжи, роликовые коньки, дзюдо, бокс, каратэ, тхэквондо и другие виды спорта, характеризующиеся повышенным травматизмом и пр.)? | Да ¹ <input type="checkbox"/> |
| | Нет <input type="checkbox"/> |

| | |
|--|--|
| 2.3. Проходило ли когда-либо лицо, принимаемое на страхование, врачебно-трудовую экспертизу? Была ли установлена инвалидность / утрата профессиональной трудоспособности? | Да ¹ <input type="checkbox"/> |
| | Нет <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|--|
| 2.4. Обращалось ли лицо, принимаемое на страхование, за медицинской помощью по ниже перечисленным заболеваниям или отдельным их признакам или лицу, принимаемому на страхование, известно о наличии у него описанных заболеваний | |
|---|--|

| | |
|---|--|
| А) заболевания органов зрения (в т.ч. глаукома, катаракта, ретинопатия), слуха, обоняния или какие-либо нарушения со стороны этих органов | Да ¹ <input type="checkbox"/> |
| | Нет <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|--|
| Б) Эпилепсия, головокружения, обмороки, потеря сознания, судорожные припадки, нарушение мозгового кровообращения, нарушение речи, параличи, невротические состояния, или другие нарушения психической или нервной систем; | Да ¹ <input type="checkbox"/> |
| | Нет <input type="checkbox"/> |

| | |
|--|--|
| 2.5. Другие договоры страхования от несчастных случаев: | |
|--|--|

| | |
|---|------------------------------|
| 2.5.1. Являетесь ли Вы застрахованным лицом по какому-либо другому действующему в настоящее время договору страхования от несчастных случаев (коллективному или индивидуальному)? | Да <input type="checkbox"/> |
| | Нет <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|------------------------------|
| 2.5.2. При ответе "да" на предыдущий вопрос (2.5.1): Заключен ли такой договор с ОАО СК "Альянс" / ООО «Альянс РОСНО Жизнь»? | Да <input type="checkbox"/> |
| | Нет <input type="checkbox"/> |

| | |
|--|--|
| 2.5.3. При ответе "да" на предыдущий вопрос (2.5.2): | |
|--|--|

При положительном ответе, пожалуйста, укажите известные вам реквизиты договора страхования:

Номер _____ ,
дата заключения _____ ,
Страхователь по договору: _____

| | |
|--|--------------|
| 2.6. Информация о доходе (Внимание! П. 2.6 заявления заполняется, если страховая сумма хотя бы по одному риску превышает 150 000,00 рублей) | |
| Суммарный годовой доход за последний год от собственной профессиональной деятельности: | _____ рублей |

| | | | |
|--|---------------|----------------------|-------------------------------|
| 2.7. Выгодоприобретатели (Внимание! Выгодоприобретатель НЕ назначается, если лицо, принимаемое на страхование, не достигло 18 лет): | | | |
| Фамилия, имя, отчество | Дата рождения | % от страховой суммы | Родственная связь (если есть) |
| | | | |

¹ При ответе «да» на вопросы 2.2., 2.3, 2.4 необходимо представить дополнительную информацию по данному ответу в п. 6 Заявления.

Я подтверждаю, что все утверждения в этом заявлении, а также приложениях к нему являются правдивыми и полными. Я обязуюсь информировать ОАО СК «Альянс» о каких-либо изменениях состоянии здоровья лица, принимаемого на страхование, в пределах дат подписания этого документа и даты начала действия страхования. Я согласен(сна), что ОАО СК «Альянс» имеет право выяснять информацию от докторов, которые когда-либо меня лечили и от страховых компаний, к которым я обращался(лась) по поводу личного страхования. Я в дальнейшем согласен(сна), что утверждения, сделанные в этом документе, будут являться основой для подписания договора страхования (полиса) с ОАО СК «Альянс» и если какое-либо заявление не будет правдивым или если любая информация, которая может воздействовать на оценку или принятие риска будет скрыта, ОАО СК «Альянс» имеет право признать договор страхования (полис) недействительным.

Подпись Страхователя: _____ Подпись лица, принимаемого на страхование: _____

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |

| 3. Страховые риски, | | Страховая сумма по риску, рублей |
|--------------------------|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 3.1. Частичная потеря трудоспособности в результате несчастного случая | |
| <input type="checkbox"/> | 3.2. Постоянная полная потеря общей трудоспособности в результате несчастного случая с установлением 1, 2 или 3 группы инвалидности | |
| <input type="checkbox"/> | 3.3. Смерть в результате несчастного случая | |
| <input type="checkbox"/> | 3.4. Смерть в результате естественных причин | |
| <input type="checkbox"/> | 3.5. | |
| <input type="checkbox"/> | 3.6. | |
| <input type="checkbox"/> | 3.7. | |
| <input type="checkbox"/> | 3.8. | |
| <input type="checkbox"/> | 3.9. | |

4. Срок страхования:

| 5. Действие страховой защиты |
|--|
| <input type="checkbox"/> 24 часа; <input type="checkbox"/> во время занятий спортом; <input type="checkbox"/> во время исполнения служебных обязанностей; <input type="checkbox"/> другое |

| 6. Пояснения. | |
|---|------------------------|
| Внимание! Данный пункт обязательно заполняется, если на вопросы п.п. 2.2., 2.3 и 2.4. Заявления получены ответы «да». | |
| Номер вопроса | Дополнения и пояснения |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Настоящим, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» (далее – Закон, подтверждаю свое согласие на обработку (включая все действия, перечисленные в ст. 3 Закона) своих персональных данных и персональных данных Застрахованных, Выгодоприобретателей), включая персональные данные о состоянии здоровья, указанных в заявлении на страхование/договоре (полисе) страхования и иных документах, представленных при заключении договора (полиса) страхования, в целях надлежащего исполнения договора страхования, организации оказания медицинских услуг, включения персональных данных в информационную систему персональных данных (клиентскую базу данных ОАО СК «Альянс») для информирования о новинках страховых продуктов, участия в маркетинговых, рекламных акциях и исследованиях, а также для осуществления информационного сопровождения исполнения договора страхования, в том числе посредством направления уведомлений с применением смс-сообщений, посредством электронной почты и иными доступными способами. Настоящее согласие дается на передачу и трансграничную передачу персональных данных для обработки по поручению Оператора в Allianz SE, Swiss RE, Gen Re, OOO Мондиаль Ассистанс, OOO «Савитар Групп», Allianz Business Services, spol. s r.o. (ABS), SAP, иных провайдеров в целях перестрахования рисков или оказания услуг, предусмотренных договором страхования, или хранения базы данных оператора в соответствии с требованиями законодательства РФ. Настоящее согласие действительно в течение срока действия договора (полиса) страхования и в течение 5 (пяти) лет после окончания действия договора (полиса) страхования. Настоящее согласие на обработку персональных данных может быть отозвано посредством направления письменного уведомления в адрес Страховщика.

Дата: . . . г.

К Договору / Полису страхования от несчастных случаев и болезней Л [] от . . .20 г.

Часть 2. Информация о состоянии здоровья лица, принимаемого на страхование.

Внимание! Часть 2 заполняется, если:

- Страхуются риски, связанные с естественными причинами, в т.ч. критическими заболеваниями
- или страховая сумма по любому из рисков более 300 000 (Триста тысяч) рублей.

| | | | |
|---|-------------|-----------------------------|---|
| 1. Рост: см | 2. Вес: кг. | 3. Артериальное давление: / | |
| 4. Для женщин: Имеется ли беременность? | | | Да <input type="checkbox"/> / Нет <input type="checkbox"/> |
| 4.1. При ответе «да» на предыдущий вопрос (4): укажите, пожалуйста, срок беременности в акушерских неделях: | | | |
| 5. Курение: <input type="checkbox"/> нет, никогда не курил (а) <input type="checkbox"/> Бросил(а) лет назад <input type="checkbox"/> да, курю в настоящее время, лет. | | | |
| 5.1. При ответе «да» на предыдущий вопрос (5): укажите, пожалуйста, количество выкуриваемых в день: Сигарет: / Сигар: / Трубок: | | | |
| 6. Употребление алкогольных / спиртных напитков (пиво, вино, крепкие спиртные напитки)? | | | Да <input type="checkbox"/> / Нет <input type="checkbox"/> |
| 6.1. При ответе «да» на предыдущий вопрос (6): укажите, пожалуйста, среднее количество употребляемых напитков в день (в мг): Пиво: мг в день/ Вино: мг в день/ Крепкие алкогольные напитки (тип и количество): мг в день | | | |
| 7. Обращалось ли лицо, принимаемое на страхование, за медицинской помощью по ниже перечисленным заболеваниям или отдельным их признакам или лицу, принимаемому на страхование, известно о наличии у него описанных заболеваний ² : | | | |
| 7.1) Рак / онкологические заболевания / предраковые заболевания (в т.ч. эрозия шейки матки и пр.) | | | Да <input type="checkbox"/> / Нет <input type="checkbox"/> |
| 7.2) Инфаркт миокарда | | | Да <input type="checkbox"/> / Нет <input type="checkbox"/> |
| 7.3) Инсульт | | | Да <input type="checkbox"/> / Нет <input type="checkbox"/> |
| 7.4) Почечная недостаточность | | | Да <input type="checkbox"/> / Нет <input type="checkbox"/> |
| 7.5) Слепота | | | Да <input type="checkbox"/> / Нет <input type="checkbox"/> |
| 7.6) Паралич | | | Да <input type="checkbox"/> / Нет <input type="checkbox"/> |
| 7.7) Рассеянный склероз | | | Да <input type="checkbox"/> / Нет <input type="checkbox"/> |
| 7.8) Болезнь Паркинсона | | | Да <input type="checkbox"/> / Нет <input type="checkbox"/> |
| 7.9) заболевания, в связи с которыми проводилась интенсивная терапия в связи с сердечно-сосудистыми заболеваниями / операции на сердце и крупных кровеносных сосудах (аортокоронарное шунтирование, операции по замещению клапанов сердца, реконструктивная | | | Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> |

² При ответе «да» на любой из подпунктов вопросов 7, 8, 10 необходимо представить дополнительную информацию по данному ответу в п. 12 Заявления.

Я подтверждаю, что все утверждения в этом заявлении, а также приложениях к нему являются правдивыми и полными. Я обязуюсь информировать ОАО СК «Альянс» о каких-либо изменениях состояния здоровья лица, принимаемого на страхование, в пределах дат подписания этого документа и даты начала действия страхования. Я согласен(сна), что ОАО СК «Альянс» имеет право выяснять информацию от докторов, которые когда-либо меня лечили и от страховых компаний, к которым я обращался(лась) по поводу личного страхования. Я в дальнейшем согласен(сна), что утверждения, сделанные в этом документе, будут являться основой для подписания договора страхования (полиса) с ОАО СК «Альянс» и если какое-либо заявление не будет правдивым или если любая информация, которая может воздействовать на оценку или принятие риска будет скрыта, ОАО СК «Альянс» имеет право признать договор страхования (полис) недействительным.

Подпись Страхователя: _____ Подпись лица, принимаемого на страхование: _____

| | | | | |
|---|---|--------------|---------------------------------|---------------------------------|
| операция на грудной и брюшной частях аорты, другие) | | | | |
| 7.10) заболевания, в связи с которыми проводились трансплантации (в качестве реципиента) жизненно-важных органов (сердца, легкого, комплекса сердце-легкое, печени, почки, поджелудочной железы с 12-перстной кишкой, включая только островков Лангерганса). | Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> | | | |
| 7.11) заболевания или состояния, в связи с которыми проводилось переливание крови . | Да <input type="checkbox"/> / Нет <input type="checkbox"/> | | | |
| Или следующие, не перечисленные выше: | | | | |
| 7.12) Хронические заболевания дыхательных путей (носоглотки, бронхов, легких): бронхит, бронхиальная астма, эмфизема, плеврит, туберкулез легких или отдельные признаки заболеваний: постоянный кашель, одышка, кровь или гной в мокроте; | Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> | | | |
| 7.13) Боли в груди, высокое кровяное давление, одышка, сердцебиение, сердечные приступы, нарушение сердечного ритма, пороки сердца или другие заболевания и нарушения сердечно-сосудистой системы (в т.ч. стенокардия, ишемическая болезнь сердца, приобретенные пороки сердца или сердечная недостаточность, гипертония, гипотония, тромбозы/ эмболии сосудов, транзитная ишемическая атака и проч.) | Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> | | | |
| 7.14) Расстройство желудка, хроническая или периодически повторяющаяся диарея (понос), язвенная болезнь, кровотечения из желудочно-кишечного тракта, геморрой, заболевания печени, желчного пузыря, поджелудочной железы; | Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> | | | |
| 7.15) Заболевания мочевыводящих путей (почек, мочеточников, мочевого пузыря); наличие в моче белка, крови, гноя, сахара (в т.ч. поликистоз почек, мочекаменная болезнь, гломерулонефрит и пр.) | Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> | | | |
| 7.16) Заболевания простаты, детородных органов (яичек, маточных труб, матки); заболеваний, передающихся половым путем | Да <input type="checkbox"/> / Нет <input type="checkbox"/> | | | |
| 7.17) Проводилось ли в отношении лица, принимаемого на страхование, лечение заболеваний передающихся половым путем | Да <input type="checkbox"/> / Нет <input type="checkbox"/> | | | |
| 7.18) Заболевание / нарушения в деятельности органов внутренней секреции (гипофиза, щитовидной, поджелудочной железы, надпочечников) | Да <input type="checkbox"/> / Нет <input type="checkbox"/> | | | |
| 7.19) Заболевания опорно-двигательного аппарата (позвоночника, костей конечностей, суставов, мышц) - артрит, подагра, ревматизм, деформация суставов, конечностей или отсутствие последних; боли в спине, грыжа позвоночного диска, коксартроз, гонартроз и пр.) | Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> | | | |
| 7.20) Ревматические заболевания (в т.ч. ревматический полиартрит, хронический полиартрит, ювенильные ревматические заболевания и пр.) | Да <input type="checkbox"/> / Нет <input type="checkbox"/> | | | |
| 7.21) Болезни кожи, подкожной клетчатки, лимфатических узлов | Да <input type="checkbox"/> / Нет <input type="checkbox"/> | | | |
| 7.22) Аллергические реакции, заболевания или нарушения деятельности кровеносных органов; туляремия; | Да <input type="checkbox"/> / Нет <input type="checkbox"/> | | | |
| 7.23) Хронические инфекционные и паразитные заболевания – туберкулез, малярия, бруцеллез, профессиональные заболевания; | Да <input type="checkbox"/> / Нет <input type="checkbox"/> | | | |
| 7.24) Новообразования (опухоли) – доброкачественные или злокачественные, кисты органов; | Да <input type="checkbox"/> / Нет <input type="checkbox"/> | | | |
| 7.25) Неврологические или психические заболевания (болезнь Альцгеймера, депрессия, панические атаки, мания, попытки суицида и пр.) | Да <input type="checkbox"/> / Нет <input type="checkbox"/> | | | |
| 7.26) Наследственные или врожденные заболевания (в т.ч. пороки сердца, аномалии или недоразвития органов и пр.) или аутоиммунными заболеваниями (в т.ч. системная красная волчанка, геморрагический васкулит, гломерулонефрит, системная склеродермия и пр.)? | Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> | | | |
| 7.27) Диагностировалось ли у лица, принимаемого на страхование, состояние иммунодефицита (СПИД) или аналогичное ему? | Да <input type="checkbox"/> / Нет <input type="checkbox"/> | | | |
| 7.28) Состоите ли лицо, принимаемое на страхование, на диспансерном учете и получает (получало) какое-либо систематическое лечение? | Да <input type="checkbox"/> / Нет <input type="checkbox"/> | | | |
| 7.29) Принимает ли лицо, принимаемое на страхование, какие-либо лекарственные препараты на регулярной основе (постоянно) | Да <input type="checkbox"/> / Нет <input type="checkbox"/> | | | |
| 7.30) Подвергалось ли лицо, принимаемое на страхование, хирургическому лечению | Да <input type="checkbox"/> / Нет <input type="checkbox"/> | | | |
| 8. Помимо вышеназванного в течение последних 5 лет²: | | | | |
| 8.1) Имело ли лицо, принимаемое на страхование, какие-нибудь психические или физические нарушения, не названные выше? | Да <input type="checkbox"/> / Нет <input type="checkbox"/> | | | |
| 8.2) Проходило ли лицо, принимаемое на страхование, лечение по поводу заболеваний, травм, операций, не названных выше? | Да <input type="checkbox"/> / Нет <input type="checkbox"/> | | | |
| 8.3) Проходило ли лицо, принимаемое на страхование, стационарное лечение? | Да <input type="checkbox"/> / Нет <input type="checkbox"/> | | | |
| 9. Фамилия и адрес лечащего врача / наименование лечебного учреждения: | | | | |
| 10. Связана ли профессиональная деятельность лица, принимаемого на страхование, сейчас или была связана в прошлом с вредным производством (химическое производство, атомная энергетика, работа с вредными веществами: ртутью, кислотами и проч.) ² ? | Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> | | | |
| 11. Опишите, пожалуйста, подробно в соответствии с приведенной ниже таблицей, страдал ли (или умер ли) кто-либо из родственников лица, принимаемого на страхование, в результате следующих заболеваний: диабет, инфаркт миокарда; инсульт; гипертония; сердечно-сосудистые заболевания; рак / онкологические заболевания; туберкулез; эпилепсия; хореза Гентингтона; почечная недостаточность; паралич; рассеянный склероз; болезнь Паркинсона; нейромышечные заболевания (в т.ч. мышечная дистрофия, болезнь моторного нейрона и пр.); заболевания, повлекшие за собой трансплантацию (в качестве реципиента) печени, почки, сердца, легкого или других); психические заболевания | | | | |
| Степень родства | Заболевания | Год рождения | Причина смерти (если применимо) | Возраст смерти (если применимо) |
| отец | | | | лет |
| мать | | | | лет |
| родной брат | | | | лет |
| 12. Пояснения. Внимание! Данный пункт обязательно заполняется, если на вопросы п.п. 7, 8, 10 Заявления (часть 2) получены ответы «да». | | | | |
| Номер вопроса | Дополнения и пояснения (при описании заболевания необходимо указать точный диагноз, дату первичного диагноза, подробности лечения и текущий статус) | | | |
| | | | | |

Дата: . . . г.

Приложение Б к заявлению на страхование по

Договору / Полису страхования от несчастных случаев и болезней Л от . . . 200 г.

Часть 3.

Финансовая информация.

Внимание! Часть 3 заполняется, если страховые суммы превышают 1 500 000 (Один миллион пятьсот тысяч) рублей.

| | |
|---|--|
| 1. Причина приобретения страхового покрытия: | |
| А) <input type="checkbox"/> Лицо, принимаемое на страхование, является единственным / основным кормильцем в семье; страхование в пользу иждивенцев. | |
| Б) <input type="checkbox"/> Лицо, принимаемое на страхование, получило кредит / займ / ссуду (в т.ч. по договору с физическим лицом); страхование по требованию кредитора / залогодателя (если отмечен этот пункт, необходимо заполнить часть 4 заявления на страхование – приводится на странице ниже) | |
| В) <input type="checkbox"/> Страхование проводится по требованию (указать наименование организации): | |
| Г) <input type="checkbox"/> Страхование проводится в соответствии с условиями трудового договора / контракта / в соответствии с корпоративными правилами работодателя; | |
| Д) <input type="checkbox"/> другое (указать подробно): | |
| 2. Подали ли Вы заявление на страхование еще в какую-либо другую страховую компанию? Да <input type="checkbox"/> / Нет <input type="checkbox"/> | |
| 2.1. При ответе “да” на предыдущий вопрос (2): укажите, пожалуйста, наименование страховой компании: | |
| 3. Оцените, пожалуйста, размер разницы между имеющимися у лица, принимаемого на страхование, активами (недвижимость, средства на банковских счетах, наличные деньги и прочее) и принятыми обязательствами (непогашенными займами, кредитами и пр.): рублей. | |
| 4. Укажите, пожалуйста, количество иждивенцев на содержании лица, принимаемого на страхование? | |

Я подтверждаю, что все утверждения в этом заявлении, а также приложениях к нему являются правдивыми и полными. Я обязуюсь информировать ОАО СК «Альянс» о каких-либо изменениях состоянии здоровья лица, принимаемого на страхование, в пределах дат подписания этого документа и даты начала действия страхования. Я согласен(сна), что ОАО СК «Альянс» имеет право выяснять информацию от докторов, которые когда-либо меня лечили и от страховых компаний, к которым я обращался(лась) по поводу личного страхования. Я в дальнейшем согласен(сна), что утверждения, сделанные в этом документе, будут являться основой для подписания договора страхования (полиса) с ОАО СК «Альянс» и если какое-либо заявление не будет правдивым или если любая информация, которая может воздействовать на оценку или принятие риска будет скрыта, ОАО СК «Альянс» имеет право признать договор страхования (полис) недействительным.

Подпись Страхователя: _____ Подпись лица, принимаемого на страхование: _____

| | | |
|---|-----|--------------------------|
| 5. Является ли лицо, принимаемое на страхование, индивидуальным (частным) предпринимателем (предпринимателем без образования юридического лица)? | Да | <input type="checkbox"/> |
| | Нет | <input type="checkbox"/> |
| 5.1. При ответе “да” на предыдущий вопрос (5): укажите, пожалуйста, А) суть предпринимательской деятельности (в чем заключается бизнес): Б) на какой территории осуществляется предпринимательская деятельность: В) продолжительность работы в этой области / сфере в качестве предпринимателя: Г) количество наемных работников, работающих полный рабочий день - ; неполный рабочий день - ; сезонно - . Д) <u>годовой оборот</u> предприятия за последние 3 года: 20 - рублей / 20 - рублей / 20 - рублей Е) <u>чистую прибыль</u> предприятия за последние 3 года: 20 - рублей / 20 - рублей / 20 - рублей | | |

Часть 4.

Дополнительная финансовая информация

Внимание! Часть 4 заполняется, если отмечен п. 1. «Б» части 3 заявления на страхование (страхование необходимо в связи с получением кредита / займа / ссуды)

| | | |
|--|--------|--|
| 1. Причина получения кредита / займа / ссуды: | | |
| 2. Сумма кредита / займа / ссуды: | рублей | 3. Срок, на который выдается кредит / займ / ссуда: месяцев |
| 4. Условия выдачи ссуды / кредита: | | |
| 5. Наименование / Ф.И.О. кредитора / займодавца / ссудодателя: | | |
| 6. Имеете ли лицо, принимаемое на страхование, невыплаченные кредиты / займы / ссуды на момент заполнения заявления на страхование? | Да | <input type="checkbox"/> / Нет <input type="checkbox"/> |
| 6.1. При ответе «да» на предыдущий вопрос (6), пожалуйста, укажите размер кредиторской / ссудной задолженности: рублей | | |

Дата: . . г.

**Директор Департамента страхования
от несчастных случаев и болезней
ОАО СК «Альянс»**

Д.Б. Шарафутдинов

Я подтверждаю, что все утверждения в этом заявлении, а также приложениях к нему являются правдивыми и полными. Я обязуюсь информировать ОАО СК «Альянс» о каких-либо изменениях состояния здоровья лица, принимаемого на страхование, в пределах дат подписания этого документа и даты начала действия страхования. Я согласен(сна), что ОАО СК «Альянс» имеет право выяснять информацию от докторов, которые когда-либо меня лечили и от страховых компаний, к которым я обращался(лась) по поводу личного страхования. Я в дальнейшем согласен(сна), что утверждения, сделанные в этом документе, будут являться основой для подписания договора страхования (полиса) с ОАО СК «Альянс» и если какое-либо заявление не будет правдивым или если любая информация, которая может воздействовать на оценку или принятие риска будет скрыта, ОАО СК «Альянс» имеет право признать договор страхования (полис) недействительным.

Подпись Страхователя: _____ Подпись лица, принимаемого на страхование: _____