

# ЗАЯВЛЕНИЕ О СТРАХОВАНИИ

***Я, Страхователь:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фамилия | Имя | Отчество |
| Дата, месяц и год рождения:  | Вид документа, удостоверяющего личность: |
| Пол | Гражданство: | Серия | Номер | Дата выдачи |
| Кем выдан |
|  |
| ИНН (при наличии) | Код подразделения |
| Адрес регистрации: | Индекс: |
| Почтовый адрес: | Индекс: |
| Телефоны |  | E-mail |  |
| Данные миграционной карты (заполняется в отношении лиц, не имеющих гражданства РФ, за исключением граждан Республики Беларусь) |

# прошу заключить со мной договор страхования в соответствии с «Правилами добровольного медицинского страхования», по которому застрахованными будут следующие лица:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество | Число, месяц и год рождения | Пол |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я являюсь | **Да / Нет** |  |
| Публичным должностным лицом1 |  | ПРИМЕЧАНИЕ: При положительном ответе необходимо заполнить дополнительную анкету, которая будет предоставлена АО СК«Ренессанс здоровье» |
| Родственником публичного должностного лица2 |  |

**Предыдущий договор страхования №** с по

Подпись Страхователя Дата

1 Имеется ввиду иностранное публичное должностное лицо, должностное лицо публичных международных организаций либо лицом замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации

2 Данные сведения запрашиваются во исполнение требований Федерального закона от 7 августа 2011г. № 115-ФЗ.