

Основной телефонный номер КОД СТРАНЫ КОД ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Дополнительный телефонный номер КОД СТРАНЫ КОД ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Адрес электронной почты (обязательно для заполнения, пожалуйста, укажите печатными буквами)

Вид деятельности (обязательно для заполнения, пожалуйста, укажите, если Вы являетесь студентом)

Укажите предпочитаемый Вами язык составления страховых документов:

Английский Русский

Данные о Ваших действующих местных или международных медицинских страховых программах:

Наименование страховой компании

Номер страхового договора Дата начала страхования / /

2 Иждивенцы, включаемые в Ваш страховой договор

К таким иждивенцам могут относиться супруг/супруга и дети, материально зависящие от Вас, до достижения ими 18-ти лет (или 24-х лет, если они являются студентами очных форм обучения) Если Вашему ребенку уже исполнилось 18 лет, пожалуйста, приложите справку из университета или иного учебного заведения, подтверждающую факт обучения, или копию студенческого билета. Мы рассматриваем заявки на страхование взрослых членов семьи, возраст которых не достиг 76 полных лет. Если места для указания всех страхуемых членов семьи недостаточно, пожалуйста, воспользуйтесь вторым бланком регистрационной формы.

	Иждивенец 1	Иждивенец 2	Иждивенец 3
Степень родства с заявителем	Супруг(а) <input type="checkbox"/> Ребенок <input type="checkbox"/>	Супруг(а) <input type="checkbox"/> Ребенок <input type="checkbox"/>	Супруг(а) <input type="checkbox"/> Ребенок <input type="checkbox"/>
Имя (кириллицей и латиницей)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Фамилия (кириллицей и латиницей)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Дата рождения	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Пол	Мужской <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/>	Мужской <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/>	Мужской <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/>
Вид деятельности (обязательно для заполнения, пожалуйста, укажите, если является студентом)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Адрес электронной почты	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Страна национальной принадлежности	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Страна постоянного проживания	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Гражданство	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Данные о Ваших действующих местных или международных медицинских страховых программах:

Наименование страховой компании	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Номер договора страхования	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3 Дата начала страхования

Пожалуйста, укажите желаемую дату начала действия Вашего страхового полиса: / /

Заявка на страхование считается утвержденной после того, как мы выдадим Вам Ваш страховой сертификат, и страховое покрытие считается действительным с даты, указанной в сертификате.

5 Имеющиеся заболевания

Заболевания, выявленные до оформления страхового полиса, представляют собой заболевания или иные состояния, симптомы которых наблюдались или наблюдаются в определенный момент на протяжении Вашей жизни или на протяжении жизни Ваших иждивенцев, независимо от того проводилось ли ранее соответствующее лечение или имелись ли рекомендации по его проведению.

Мы по определению будем считать подобные заболевания или состояния выявленными до оформления страхового полиса, если у нас будут основания полагать, что Вам или Вашим иждивенцам было известно об их наличии. В большинстве случаев подобные имеющиеся заболевания будут покрываться Вашим страховым полисом. Если же они не будут покрываться, мы сообщим Вам об этом в письменном виде.

Заболеваниями, выявленными до оформления страхового полиса считаются заболевания возникшие в период между датой, когда вы заполнили данное заявление и

- Датой, которая значится на Вашем страховом сертификате или
- Датой начала Вашего полиса

в зависимости от того, какая дата наступит позднее.

При наличии заболеваний, выявленных до оформления страхового полиса, Вам необходимо пройти процесс полного медицинского андеррайтинга, и если Вы не сообщаете о наличии этих заболеваний, расходы на их лечение не возмещаются. **Поэтому очень важно, чтобы Вы сообщали нам обо всех изменениях в состоянии Вашего здоровья и здоровья Ваших иждивенцев, а также о любых других существенных изменениях, которые могут повлиять на процесс оценки и принятия данного заявления.** По нашему запросу Вы также должны будете предоставить дополнительную информацию по заболеванию, если это потребуется.

Если у Вас уже есть один из наших планов медицинского обслуживания, сообщите нам о любых заболеваниях, по поводу которых Вы сделали заявление о возмещении расходов с момента присоединения к нам.

6 Информация о состоянии здоровья

Пожалуйста, ответьте на приведенные ниже вопросы, исходя из своей медицинской истории (а также медицинской истории членов Вашей семьи, если они также будут включены в страховой договор). **Вам следует в обязательном порядке сообщить нам все существенные (т. е. такие, которые могут повлиять на наше решение о принятии Вашего заявления на страховании) факты о состоянии Вашего здоровья. Если Вы не уверены в том, имеет ли значение та или иная информация, все равно сообщите ее. Предоставленная Вами информация действительна в течение двух месяцев от даты заполнения и подписания Вами данной регистрационной формы.**

	Заявитель	Иждивенец 1	Иждивенец 2	Иждивенец 3
Рост	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> см	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> см	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> см	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> см
Вес	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> кг	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> кг	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> кг	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> кг
Курили ли Вы табак (в любой форме) на протяжении последнего года?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Если «да», пожалуйста, укажите количество в день. (1 сигарета = 1 единица, 1 средняя сигара = 2 единицы, самокрутка 1 грамм табака = 2 единицы, курительная трубка 1 чашка табака = 2,5 единицы, электронные сигареты 10 мг никотина = 1 единица, если не указано иное)	<input type="text"/> /день	<input type="text"/> /день	<input type="text"/> /день	<input type="text"/> /день
Употребляете ли Вы алкоголь?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Если «да», пожалуйста, укажите количество в день. (1 стопка = 1 доза, 250 мл пива = 1 доза, 1 бокал вина = 1 доза, если несколько, ставьте «0»)	<input type="text"/> /week	<input type="text"/> /week	<input type="text"/> /week	<input type="text"/> /week
Носите ли Вы очки или контактные линзы? Если да, пожалуйста, укажите:	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
• Заболевание				
• Количество диоптрий для каждого глаза (эти данные можно посмотреть в рецепте на очки/линзы)	<input type="text"/> Правый глаз	<input type="text"/> Правый глаз	<input type="text"/> Правый глаз	<input type="text"/> Правый глаз
	<input type="text"/> Левый глаз	<input type="text"/> Левый глаз	<input type="text"/> Левый глаз	<input type="text"/> Левый глаз

1. Страдал ли кто-либо из лиц, упомянутых в данной регистрационной форме, нижеперечисленными заболеваниями (либо проходил обследования, получал лечение или был помещен в больницу в связи с такими заболеваниями):

- Любое сердечное или сердечно-сосудистое заболевание или расстройство, например, сердечный приступ, ишемическая болезнь сердца, нерегулярное сердцебиение, шумы в сердце, боль в груди, тромб, заболевания крови, аномальное кровяное давление, высокий уровень холестерина и т.д. Да Нет
- Любое дерматологическое заболевание или расстройство, например, псориаз, дерматит, экзема, аллергия, угревая болезнь и т.д. Да Нет
- Любое эндокринное заболевание или расстройство, например, диабет, проблемы с весом, подагра или проблемы с щитовидной железой или другие гормональные нарушения и т.д. Да Нет
- Любое заболевание или расстройство глаз, ушей, носа и горла, например, катаракта, глаукома, потеря слуха, проблемы с носовыми пазухами, миндалины, аденоиды и т.д. Да Нет
- Любое желудочно-кишечное заболевание или расстройство, например, проблемы с желудком, грыжа, геморрой, желчные камни, полипы толстой кишки, болезнь Крона, колит, проблемы с печенью и т.д. Да Нет
- Любое инфекционное заболевание или расстройство, например, гепатит A/B/C, герпес, ВИЧ, малярия, менингит, инфекция крови, заболевания, передающиеся половым путем и т. Да Нет
- Любое мышечное или скелетное заболевание или расстройство, например, боли в спине, шее или суставах, артрит, паралич, эндопротезирование суставов, любые проблемы с хрящами и связками и т.д. Да Нет
- Любое неврологическое заболевание или расстройство, например, инсульт, рассеянный склероз, эпилепсия, нейродегенеративное расстройство, судороги, мигрень, болезнь Альцгеймера или другие формы деменции и т.д. Да Нет
- Любое онкологическое заболевание или расстройство, например, рак, лейкемия, лимфома, опухоль, поражение кожи, рост, опухоль, киста, родинка, полип, невус и т.д. Да Нет

- (к) Любое психическое или психологическое расстройство, такие как синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), расстройства аутистического спектра, депрессия, тревога, синдром хронической усталости, расстройство пищевого поведения, обсессивно-компульсивные расстройства, фобии, проблемы с алкоголем/наркотиками и т.д. Да Нет
- (л) Любое респираторное заболевание или расстройство, например, хроническое обструктивное заболевание легких, астма, бронхит, синусит, одышка и т.д. Да Нет
- (м) Любое заболевание или расстройство урологических или репродуктивных органов, например, проблемы с почками или мочевыводящими путями, нарушения менструального цикла, проблемы с фертильностью, миома, эндометриоз, проблемы с яичками или простатой и т.д. Да Нет
- (н) Любой другой несчастный случай, травма, заболевание или расстройство, о которых вы не сообщили Да Нет

2. Кто-либо из лиц, упомянутых в данной регистрационной форме:

- (а) В настоящее время принимает какие-либо прописанные или отпускаемые без рецепта лекарства, таблетки или другое лечение Да Нет
- (б) Ожидает медицинского освидетельствования, был направлен на дальнейшие тесты/обследования или ожидает результатов / лечения в связи с несчастным случаем, травмой, заболеванием или расстройством? Да Нет
- (в) Проходил какие-либо тесты или обследования в течение последних 10 лет, по результатам которых был направлен на дополнительные медицинские консультации или лечение, такие как биопсия, колоноскопия, кольпоскопия, компьютерная томография (КТ), маммография, магнитно-резонансная томография (МРТ), тест Папаниколау (РАР) или тест на простатоспецифический антиген (PSA), эхокардиограмма (Эхо), УЗИ и т.д. Да Нет
- Пожалуйста, НЕ РАЗГЛАШАЙТЕ результаты каких-либо генетических тестов (ДНК или РНК), поскольку они не требуются для медицинского андеррайтинга.
- (г) Испытывали ли Вы в течение последних 2 лет какие-либо симптомы или состояния из перечисленных ниже: Да Нет
- Высокая температура (39,4° C (103° F) или выше) и постоянный кашель (в течение последних 2 недель)
 - Затрудненное дыхание
 - Сильная / продолжающаяся головная боль
 - Родинка или отметина на коже, которая кровоточила, изменилась или стала болезненной
 - Боль, нечеткость или двоение в глазах
 - Неожиданная потеря веса
 - Кровотечение из прямой кишки, изменение режима освобождения кишечника или частоты мочеиспускания
 - Потеря чувствительности, судороги, потеря сознания
 - Аномальное кровотечение и т.д.
 - Боль/скованность в суставах
- (д) Приходилось ли Вам самоизолировать добровольно или по рекомендации? Да Нет

 **На вопросы 3 и 4 следует отвечать только в том случае, если Вы приобретаете страховой план по стоматологии.**

3. Проходит ли в настоящее время кто-либо из лиц, упомянутых в данной регистрационной форме, стоматологическое лечение или имеет ли направление на получение такового?


Да Нет

Если «да», пожалуйста, заполните стоматологическую анкету, которую можно скачать на нашем сайте: www.allianzcare.com/en/international-individual-health-insurance/paper-applications/

4. Кто-либо из лиц, упомянутых в данной регистрационной форме:

- (а) Страдает от пародонтита (обширного поражения десен и тканей, удерживающих зубы) Да Нет
- (б) Имеет неполный зубной ряд, коронки, опорные вкладки, имплантаты, пломбы, мостовидные протезы? Да Нет

Если «да», пожалуйста, укажите имя этого человека, тип повреждений (см. выше) и количество поврежденных зубов, включая количество зубов, занятых мостовидными протезами (при наличии таковых)

 **Дополнительная информация по вопросам, на которые Вы ответили «да»**

Если Вы ответили «да» на какие-либо из вопросов 1, 2, 3 или 4 раздела «Сведения о состоянии здоровья», пожалуйста, предоставьте нам более подробную информацию, заполнив приведенную ниже таблицу. **Сообщите нам о том, было ли достигнуто полное выздоровление и о том, имеете ли Вы или соответствующие члены Вашей семьи какие-либо заболевания, связанные с первоначальным диагнозом или вытекающие из него.**

По возможности, пожалуйста, приложите подтверждающие медицинские документы (медицинские заключения, результаты обследований).

Номер вопроса	Имя лица, страдающего заболеванием	Диагноз - если возможно укажите пораженную область тела	Дата начала заболевания	Частота и тяжесть симптомов и дата последнего проявления болезни	Результаты обследований и анализов крови	Прошрое/настоящее лечение	Текущее состояние (осложнения, полное восстановление, рецидивы)

Если места в таблице недостаточно, пожалуйста, воспользуйтесь вторым бланком регистрационной формы.

8 Назначение страхователя


этот раздел должен быть заполнен всеми иждивенцами, желающими назначить страхователей в качестве основного контактного лица.

Чтобы помочь нам в администрировании полиса, Вы можете назначить основного заявителя в качестве основного контактного лица по страхованию. Для этого подпишитесь ниже.


Я разрешаю

ВСТАВИТЬ ИМЯ ДЕРЖАТЕЛЯ ПОЛИСА


действовать от моего имени при администрировании этого полиса. Это может включать раскрытие конфиденциальной медицинской информации. Это разрешение будет оставаться в силе до того момента, пока я не направлю Allianz письменную просьбу об их отзыве.

 Подпись 1 иждивенца

Д Д / М М / Г Г Г Г

 Подпись 2 иждивенца

Д Д / М М / Г Г Г Г

 Подпись 3 иждивенца

Д Д / М М / Г Г Г Г


9 Назначение посредника

В качестве заявителя я настоящим уполномочиваю


УКАЖИТЕ ИМЯ ПОСРЕДНИКА

действовать от имени и в интересах всех лиц, упомянутых в данной регистрационной форме, в целях администрирования полиса, которая может включать в себя действия, направленные на раскрытие конфиденциальной медицинской информации. Полномочия посредника будут иметь силу до того момента, пока я не направлю страхователю письменную просьбу об их отзыве.


Только для служебного пользования -
Подпись и печать посредника

 Подпись заявителя


Д Д / М М / Г Г Г Г

 Подпись 1 иждивенца

Д Д / М М / Г Г Г Г

 Подпись 2 иждивенца

Д Д / М М / Г Г Г Г

 Подпись 3 иждивенца

Д Д / М М / Г Г Г Г

10 Законы о защите информации — сбор и использование персональных данных

Наша компания уполномочена осуществлять обработку всех персональных данных лиц, указанных в договоре страхования. Согласно Федеральному закону № 152-ФЗ от 27 июля 2006 г. «О персональных данных», обработка таких данных возможна в следующих целях: соблюдение законов и прочих нормативных актов, относящихся к персональным данным; выполнение обязательств по страховым договорам, осуществление контроля за качеством оказанных услуг и/или защита интересов страховой компании.

Страхователь гарантирует, что использование полученных им персональных данных застрахованных лиц будет осуществляться только с письменного согласия соответствующих лиц и согласно положениям данной статьи. Такое согласие сохраняет свою силу на протяжении всего срока действия страхового договора и еще в течении 5 лет после его завершения или прекращения. Застрахованное лицо может изъять свое согласие на обработку персональных данных, отправив Страхователю соответствующее уведомление в письменной форме.

Обработка персональных данных застрахованных лиц включает в себя все действия, перечисленные в ст. 3 Федерального закона № 152-ФЗ от 27 июля 2006 г. «О персональных данных» (в том числе — все действия (операции) с персональными данными, осуществляемые с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая их сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление доступа), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение). Кроме того, Страхователь уполномочен передавать персональные данные компаниям Группы Allianz, в том числе — осуществлять международную передачу таких данных компании с ограниченной ответственностью AWP Health & Life Services Limited, зарегистрированной на территории Ирландии. Регистрационный номер: 509216. Официальный адрес: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland. Allianz Partners является зарегистрированным коммерческим наименованием компании AWP Health & Life Services Limited.

11 Согласие на сбор данных

Нам необходимо Ваше согласие на сбор и обработку Ваших медицинских и других персональных данных. Если Вы не дадите явного согласия, мы не сможем предоставить Вам Ваш полис или обработать какие-либо заявления на возмещение, которые Вы можете иметь право предъявить. Если Вы согласны, мы будем обрабатывать Ваши данные для следующих действий и по следующим причинам.

Родитель или опекун должен заполнить согласие для любого участника в возрасте до 18 лет.

Я (заявитель) и перечисленные ниже иждивенцы согласны со следующим:

Имя заявителя	Имя 1 иждивенца	Имя 2 иждивенца	Имя 3 иждивенца

- Разрешение на сбор, хранение и использование данных о моем здоровье:** Allianz может собирать, хранить и использовать данные о моем здоровье для администрирования полиса, например, чтобы предоставить мне расценки на страховое покрытие, гарантировать страхование рисков или обработать любые претензии. Allianz может хранить данные о моем здоровье в соответствии с Кодексом прав потребителей и закона, применимого к настоящему страховому полису, или любым другим применимым законодательством, требующим сохранения данных.
- Разрешение на получение моих данных от третьих лиц.** Чтобы предоставить мне страховое покрытие, гарантировать страхование рисков или обработать любые претензии, Allianz может получать данные о моем здоровье и другие данные от врачей, медсестер и персонала больниц, других медицинских учреждений, домов престарелых, государственных фондов медицинского страхования, спонсора моего плана, профессиональных ассоциаций и органов государственной власти. Я согласен освободить всех лиц в этих учреждениях и Allianz от их соответствующих обязательств по конфиденциальности в отношении данных о моем здоровье или других данных, которыми они должны делиться и использовать для целей, указанных выше.

3. **Передача моих данных за пределы Allianz.** Allianz может передавать данные о моем здоровье и другие данные экспертам или учреждениям, указанным ниже. Они будут использовать данные только в той же степени и в тех же целях, что и Allianz. Я понимаю, что Allianz заключил с этими учреждениями договор о защите моих данных. Я согласен освободить всех лиц в этих учреждениях и Allianz от их соответствующих обязательств по конфиденциальности в отношении данных о моем здоровье и других данных, которые они должны передавать и использовать для целей, изложенных ниже:
- С независимыми медицинскими экспертами, чтобы дать им возможность оценить страховые риски и любые выплаты, которые будут выплачиваться мне или третьей стороне, предоставляющей мне лечение или услуги в соответствии с моим страховым полисом.
 - С поставщиками услуг, не входящими в группу компаний Allianz, которые предоставляют определенные услуги от имени Allianz, такие как оценка рисков и рассмотрение претензий, если:
 - эти услуги включают сбор и использование данных о моем здоровье и других данных, а также
 - Без таких данных Allianz не сможет управлять моим полисом или оплачивать какие-либо заявления на возмещение, причитающиеся мне.
 - С компаниями, осуществляющими совместное страхование и распределяющими покрытие страхового риска, совместно с которыми Allianz выдает страховой полис, и совместно обрабатывает заявления на возмещение.
 - С другими страховыми компаниями/перестраховщиками, которые могут одновременно покрывать те же страховые риски (множественное страхование), чтобы:
 - распределить выплату любой компенсации, которая может мне причитаться, или
 - сотрудничать в обнаружении или предотвращении мошенничества и финансовых преступлений.

Если я изменю свое мнение о перечисленном выше, включая отзыв согласия на любой из этих пунктов, я могу сообщить об этом Allianz по электронной почте: AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com



Подпись заявителя

д д / м м / г г г г

Подпись 1 иждивенца

д д / м м / г г г г

Подпись 2 иждивенца

д д / м м / г г г г

Подпись 3 иждивенца

д д / м м / г г г г

12 Маркетинговые предпочтения

Я (заявитель) и мои иждивенцы согласны с тем, что Allianz может собирать, использовать и раскрывать мои личные данные для предоставления мне маркетинговой информации. Я понимаю, что мои личные данные будут использоваться только для следующих целей и действий, на которые я прямо согласился, и которые отметил в соответствующем поле .

Имя заявителя	Имя 1 иждивенца	Имя 2 иждивенца	Имя 3 иждивенца
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Информация, которую Allianz отправляет о своих продуктах и услугах, включая обновления о последних рекламных акциях и новых продуктах и услугах.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Информация, отправляемая другими компаниями группы Allianz об их продуктах и услугах. Я понимаю, что вы предоставите им мою соответствующую контактную информацию для этой цели.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Информация, отправляемая деловыми партнерами Allianz об их продуктах и услугах. Я понимаю, что вы предоставите им мою соответствующую контактную информацию для этой цели.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Такие сообщения следует отправлять мне следующими способами:

Email	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Уведомления в приложениях	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Телефон	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Почтовый адрес	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13 Реквизиты для перечисления платежей

Если Вы обращаетесь за включением в программу группового страхования и оплачивать страховые взносы будет Ваш работодатель, то Вам не нужно заполнять этот раздел формы.

Не перечисляйте страховые взносы до того, как мы сообщим Вам номер Вашего страхового договора.

Периодичность и метод перечисления платежей

В зависимости от периодичности оплаты страховых взносов применяются следующие административные наценки: 0 % — при оплате раз в год, 5 % — при оплате раз в полгода. Пожалуйста, обратите внимания, что оплачивать страховые взносы нужно в российских рублях.


Отметьте предпочитаемую периодичность платежей в соответствующем поле :

	Раз в год	Раз в полгода
Банковский перевод	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Отправить заполненную форму можно:

 Электронной почтой (отсканированный вариант) на адрес:

AzCareApplication@allianz.ru

 Обычной почтой на адрес:

ООО СК "Альянс Жизнь", Озерковская набережная,
д. 30, 115184, Москва, Россия.

Настоящий документ «Application Form» является переводом с английского языка на русский. Следует учитывать, что при наличии каких-либо расхождений между настоящим переводом и оригиналом, юридической силой обладает оригинал — подлинный документ на английском языке.

Страхование осуществляет страховая компания с ограниченной ответственностью «Альянс Жизнь» (ООО СК «Альянс Жизнь»). Регистрационный номер (ОГРН): 1037727041483, адрес: Россия, 115184, г. Москва, Озерковская наб., 30, тел.: +7 (495) 232-0014, www.allianz.ru. Лицензия Центрального Банка России: № SL 3828 от 28/09/2015 г.

Обслуживание по договору страхования осуществляется ассистантом AWP Health & Life Services Limited (знак обслуживания Allianz Partners), компанией с ограниченной ответственностью. Регистрационный номер: 907619. Юридический адрес: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Республика Ирландия. Allianz Partners является фирменным наименованием AWP Health & Life SA.