



ЗАЯВЛЕНИЕ НА ИПОТЕЧНОЕ СТРАХОВАНИЕ

от «_____» _____ 20 ____ г.

Прошу осуществить страхование риска причинения вреда здоровью Застрахованного лица, а также его смерти в результате несчастного случая или болезни.

Настоящее Заявление является анкетой Застрахованного лица для заключения Договора комплексного ипотечного страхования со Страхователем _____, и является его неотъемлемой частью.
(фамилия, инициалы страхователя)

I. Сведения о Застрахованном лице

1.1. Ф.И.О.		Пол: <input type="checkbox"/> Муж. <input type="checkbox"/> Жен.
1.2. Адрес регистрации, индекс		
1.3. Паспортные данные/ ОГРН, ИНН		
1.4. Контактный телефон e-mail		
1.5. Дата рождения		
1.6. Место работы, должность		

II. Сведения о банке кредиторе Выгодоприобретателе (1-ой очереди) и Программе страхования

2.1. Наименование		
2.2. Юридический адрес, телефон		
2.3. Банк- кредитор и Программа страхования (пункт заполняется Страховщиком)		

III. Данные по кредиту (ссуде)

3.1. Кредитор (если отличается от п.2.1)			
3.2. ФИО Заемщика (если отличается от п.1.1.)			
3.3. Цель использования кредита (ссуды)			
3.4. Величина кредита (ссуды)		валюта	
3.5. Остаток ссудной задолженности (если отличается от п.3.4)			
3.6. Срок предоставления ссуды (кредита), мес.			

IV. Общая информация

4.1. Необходимый срок страхования		
4.2. Имеются ли у Вас действующие договоры страхования жизни в нашей компании	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет, если «да», укажите подробности	

V. Страхование риска причинения вреда здоровью Застрахованного лица, а также его смерти в результате несчастного случая или болезни.

5.1. Сумма, на которую следует страховать в первый год	
--	--

5.2. Особые факторы риска:

1	Ваша профессия, род занятий в настоящее время		
Связана ли Ваша профессиональная или иная деятельность с нижеперечисленным:			
2	Управление машинами, механизмами или пребывание в непосредственной близости от работающих машин и механизмов, работа на высоте более 15 м, пребывание на стройплощадках или в непосредственной близости от строящихся объектов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	если «да», укажите подробности
3	Пребывание под землей	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	если «да», укажите подробности
4	Работа на море, под водой	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	если «да», укажите подробности
5	С опасностью облучения, с взрывоопасными и опасными химическими веществами, высоким электрическим напряжением, с высокими температурами	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	если «да», укажите подробности
6	С пребыванием в «горячих точках» (местах вооруженных конфликтов или военных действий),	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	если «да», укажите подробности

Застрахованное лицо _____

Страхователь _____

	местах беспорядков, забастовок, в районах химического или радиоактивного заражения					
Занимаетесь ли Вы в качестве хобби или профессионально (подчеркнуть нужное):						
7	Авиацией или любимыми полетами (дельта- и парапланеризмом, прыжками с парашютом, полетами на планере, вертолете и т.д.), погружениями в воду (плавание с аквалангом и т.д.), альпинизмом и скалолазанием, спелеологией, любимыми видами борьбы, боевыми искусствами, боксом, автоспорт, мотоспорт, передвижение на мотоцикле, охотой		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	если «да», укажите подробности		
8	Другие хобби и спортивные увлечения		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	если «да», укажите подробности		
9	Принимаете ли Вы участия в соревнованиях?		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	если «да», укажите подробности		
10	Укажите, пожалуйста, Ваш рост и вес		Рост	см	Вес	кг
11	Курите ли Вы?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	если «да», количество: _____ сигарет в день			
	Употребляете ли Вы спиртное?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	если «да», примерное количество грамм в неделю: пива: _____ ; вина: _____ ; напитков крепостью 40° и более: _____			
	Употребляете ли Вы наркотические вещества (с целью лечения или с иной целью)? Употребляли ли в прошлом?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет				

Вы имели когда-либо или имеете следующие заболевания, отклонения и/или расстройства здоровья:

12	Заболевания и расстройства деятельности сердца: ишемическая болезнь сердца, стенокардия, пороки сердца, нарушение сердечного ритма, шумы в сердце, боли за грудиной, одышка и т.п.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	если «да», укажите подробности
13	Заболевания и расстройства сосудистой системы, нарушения кровообращения: повышенное артериальное давление (гипертония, гипертоническая болезнь), заболевание кровеносных сосудов и нарушение кровообращения (варикозное расширение вен, флебит, аневризма, атеросклероз сосудов, тромбофлебит, инсульт, кровоизлияния) и т.п.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	если «да», укажите подробности
14	Заболевания и расстройства дыхательной системы: астма, хронический бронхит, туберкулез, хроническая обструктивная болезнь легких, эмфизема лёгких, навязчивый кашель, постоянные хрипы в легких и т.п.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	если «да», укажите подробности
15	Заболевания и расстройство пищеварительной системы, желчного пузыря и печени: гастрит язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки, гепатит, холецистит, желчекаменная болезнь, панкреатит, колит, изжога, боли в области желудка и т.п.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	если «да», укажите подробности
16	Заболевания и расстройства мочеполовой системы: пиелонефрит, пиелит, гломерулонефрит, камни в почках, мочекаменная болезнь, венерические болезни, частые отеки, кровь в моче, болезненное мочеиспускание и т.п.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	если «да», укажите подробности
17	Заболевания уха, горла, носа: снижение слуха, хронические отит, хронический тонзиллит, хронический ларингит, хронический ринит и т.п.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	если «да», укажите подробности
18	Заболевания и расстройства опорно-двигательного аппарата: дистрофия, миопатия, остеопороз, остеомиелит, артрит, артроз, подагра, радикулит, остеохондроз, смещение дисков и/или позвонков. парез, паралич, ампутация, боли в суставах, в позвоночнике и т.п.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	если «да», укажите подробности
19	Заболевания и расстройства эндокринной системы: диабет, повышенное содержание сахара в крови, увеличение щитовидной железы, тиреоидит, гипер- или гипотиреоз, амилоидоз, заболевание надпочечников и т.п.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	если «да», укажите подробности
20	Заболевания крови и лимфатической системы: анемия, нарушение свертываемости крови, лейкопения, тромбофилия, лимфоденит, лимфедема и т.п.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	если «да», укажите подробности

Застрахованное лицо _____

Страхователь _____

21	Заболевания кожи: склеродерма, эритема, лейкоплакия, псориаз и т.п.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	если «да», укажите подробности
22	Онкологические заболевания и опухоли: рак в т.ч. рак крови, новообразования и опухоли любого вида	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	если «да», укажите подробности
23	Заболевания глаз и расстройства зрения: близорукость, дальнозоркость, глаукома, катаракта, другие заболевания, отклонения и/или расстройства	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	если «да», укажите подробности
24	Вопрос для мужчин: простатит, увеличение предстательной железы	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	если «да», укажите подробности
25	Вопрос для женщин: заболевания женских органов (молочной железы, яичников, матки и др.).	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	если «да», укажите подробности
26	Вопрос для женщин: Вы беременны сейчас?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	если «да», укажите подробности
27	Отмечались ли у Вас случаи потери сознания? Состоите ли Вы / состояли ранее на учете, проходите ли Вы / проходили ранее лечение, обследования, консультации у невропатолога, психиатра, других врачей-специалистов в связи эпилепсией, провалами в памяти, частыми головными болями, головокружениями, судорогами, нарушениями сна, другими неврологическими и/или психическими заболеваниями и/или расстройствами? Были ли у Вас попытки к самоубийству?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	если «да», укажите подробности
28	Проходили ли Вы лечение, обследования, получали консультации в связи со СПИД, другими заболеваниями, передаваемыми половым путем или внутривенно, включая вирусные гепатиты В, С, D?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	если «да», укажите подробности
29	Вы имели когда-либо или имеете в настоящее время не указанные Вами выше хронические или врожденные заболевания, травмы, отклонения или расстройства здоровья?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	если «да», укажите подробности
30	Стационарное лечение, обращения к врачам-специалистам по поводу недомогания (кроме стоматолога; ОРВИ, гриппа), вызовы «скорой», специальные обследования (УЗИ, рентген, ЭКГ и др.) в связи с заболеваниями, обнаружены ли отклонения от нормы? - за последние 3 года	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	если «да», укажите подробности
31	Предполагаете ли Вы обратиться к врачу (кроме стоматолога; случаев заболевания ОРВИ, гриппа) по поводу имеющегося в настоящее время заболевания, расстройства и/или отклонения в состоянии здоровья ближайшие 12 месяцев?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	если «да», укажите подробности
32	Была ли Вам когда-либо установлена группа инвалидности?.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	если «да»: группа инвалидности
33	Являетесь ли Вы инвалидом в настоящее время?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	если «да»: группа инвалидности
34	Рассматриваются ли в настоящее время Ваши документы в органах МСЭК на предмет установления группы инвалидности?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	если «да», укажите подробности
35	Употребляете ли Вы (или назначали ли Вам) какие-либо медикаменты, в том числе сердечные препараты, препараты для коррекции артериального давления, антидепрессанты, наркотические, гормональные, болеутоляющие вещества (исключая разовый прием, например, из-за зубной боли и т.п. случаи)?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	если «да», укажите подробности
36	Вопрос для мужчин: Проходил действительную воинскую службу? (при отрицательном ответе укажите, пожалуйста, в конце заявления причину)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	
37	Укажите, пожалуйста, лечебные учреждения, даты и причины обращения (если не указаны ранее), в которые Вы обращались за последние 3 года (кроме обращений по поводу гриппа, ОРВИ, обращений к стоматологу)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	если «да», укажите подробности

К пункту №	Дополнения и пояснения к Разделу 6:

Застрахованное лицо _____

Страхователь _____

Настоящим заявляю, что при заполнении данного заявления все поставленные страховой компанией вопросы мне были понятны, их содержание и смысл мне ясны.

Я предупрежден о том, что Страховщик не несет ответственности по убыткам, возникшим по событиям причиной которых является самовольная перепланировка (переустройство/переоборудование) застрахованного имущества, проведенная в нарушение действующего законодательства РФ о порядке проведения перепланировки (переустройства/переоборудования) помещений, а также по убыткам, связанными с проведением строительно-монтажных работ по перепланировке (переустройству/переоборудованию).

Я не состою на учете в диспансерах и иных лечебных учреждениях, не обращался за консультацией и лечением в связи со СПИДом или состоянием, связанным со СПИДом.

Отвечая на поставленные вопросы, я сообщил обо всех известных мне сведениях и обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска и вероятности наступления страхового случая. Я ознакомлен с содержанием статьи 944 ГК РФ и заявляю, что все сведения, сообщенные мною в настоящем заявлении, являются полными и достоверными.

Я обязуюсь немедленно сообщить Страховщику обо всех изменениях в степени риска и ранее сообщенных сведениях.

Я предоставляю страховой компании право произвести индивидуальную оценку риска и, если будет необходимо, предложить мне изменить условия страхования (в том числе повысить тарифную ставку), предоставить дополнительные данные или пройти медицинское обследование.

Я разрешаю любому сотруднику АО «АльфаСтрахование», принимающему решение по вопросу заключения договора личного страхования и/или рассмотрения заявленного страхового события по личному страхованию, 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, 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 и т.п.), 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, в том числе после моей смерти.

Я разрешаю любому лечебному учреждению или врачу, имеющему какую-либо информацию о состоянии моего здоровья, находящуюся в медицинских и иных учреждениях, в которые я обращался, состоял(а) на учете и/или проходил(а) обследование и/или лечение, предоставлять документы и сведения, в том числе выписки из медицинских документов и копии медицинских документов (истории болезни, амбулаторные карты и т.п.), результаты всех проведенных анализов и иных исследований, оперативных вмешательств и иных сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после моей смерти, в страховую компанию АО «АльфаСтрахование» для решения вопроса о выплате страхового обеспечения.

Я согласен на обработку (в том числе 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 т.ч. 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, выплате страхового возмещения 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.

_____/_____/

ФИО Застрахованного лица подпись

Я, Страхователь _____, подписывая настоящую анкету Застрахованного, подтверждаю, что те сведения личного характера о состоянии здоровья, которые были сообщены Застрахованным лицом Страховщику, являются полными и достоверными сведениями для определения степени страхового риска и вероятности наступления страхового случая по договору ипотечного страхования, и я принимаю на себя риск последствий, установленных п.3. ст.944 ГК РФ.

_____/_____/

ФИО Страхователя подпись