

**Заявление на страхование**

Город       «     »     20     г.

Прошу СПАО «Ингосстрах», с учетом условий, указанных в настоящем заявлении, заключить договор добровольного страхования имущественных интересов, связанных с риском причинения вреда здоровью страхователя или другого названного в настоящем заявлении лица (застрахованного лица), а также его смерти в результате несчастного случая или болезни.

**ВНИМАНИЕ:** СПАО «Ингосстрах» может запрашивать дополнительную информацию в период действия договора страхования. Страхователь обязуется представлять такую информацию.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О СТРАХОВАТЕЛЕ/ЗАЛОГОДАТЕЛЕ** | | | | | | | | |
| 1.1. ФИО | | |  | | | | | |
| 1.2. Дата рождения | | |  | | | | | |
| 1.3. Паспортные данные | | | серия      номер      выдан  дата выдачи                код подразделения | | | | | |
| 1.4. Адрес | постоянной регистрации | |  | | | | | |
| фактического проживания | | соответствует адресу регистрации  иной адрес | | | | | |
| 1.5.Телефон (желательно указать несколько номеров) | | |  | | | | | |
| 1.6. Адрес электронной почты | | |  | | | | | |
| 1.7. Гражданство | | |  | | | | | |
| 1.8. Вид на жительство | | | номер     дата принятия решения о выдаче «     »     20     г.  дата выдачи «     »     20      г. действителен по «     »     20     г. | | | | | |
| 1.9. Пол | | | мужской  женский | | | | | |
| **2. СВЕДЕНИЯ О ЗАНЯТОСТИ СТРАХОВАТЕЛЯ** | | | | | | | | |
| 2.1. Место работы (наименование работодателя) | | |  | | | | | |
| 2.2. Должность, профессия | | |  | | | | | |
| 2.3.Юридический адрес, телефон | | |  | | | | | |
|  | | | | | |
| **3. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ДОГОВОРА С КРЕДИТНОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ** | | | | | | | | |
| 3.1. Наименование кредитной организации, (местонахождение – город) | | |  | | | | | |
| 3.2. Номер и дата кредитного договора | | |  | | | | | |
| 3.3. Размер кредита/остаток задолженности по кредиту | | |  | | | | | |
| 3.4. Годовая процентная ставка (%) | | |  | | | | | |
| 3.5. Срок кредитования (мес.) | | |  | | | | | |
| 3.6. Планируемая дата начала страхования | | | «     »     20     г. | | | | | |
| 3.7. Доли заемщика и созаемщика в общей сумме задолженности (*данное соотношение устанавливается банком*) | | | доля заемщика                                               -      %  (ФИО)  доля созаемщика-1                                               -      %  (ФИО)  доля созаемщика-2                                               -      %  (ФИО) | | | | | |
| 3.8. Представители страхователя | | | банка (ФИО, телефон, адрес электронной почты) | |  | | | |
| риелтор/ ипотечный брокер (ФИО, телефон, адрес электронной почты) | |  | | | |
| **4. ДАННЫЕ О ЗАСТРАХОВАННОМ ЛИЦЕ** | | | | | | | | |
| *Заполняется каждым застрахованным лицом лично при страховании риска причинения вреда здоровью застрахованного лица, а также его смерти в результате несчастного случая или болезни* | | | | | | | | |
| 4.1. ФИО  (не заполняется если застрахованное лицо является страхователем/залогодателем) | | |  | | | | | |
| 4.2. Дата рождения | | |  | | | | | |
| 4.3. Паспортные данные  (не заполняется если застрахованное лицо является страхователем/ залогодателем) | | | серия      номер      выдан  дата выдачи                код подразделения | | | | | |
| 4.4. Должность, профессия, характер выполняемой работы | | |  | | | | | |
| 4.5.Укажите Ваши рост     см вес     кг  Изменение веса более чем на 4 кг за последний год? | | | | да  нет | | Если «да», то укажите причины изменения массы тела | | |
| 4.6. Курите ли Вы? | | | | да  нет | | Количество сигарет в день  Как давно курите  Как давно прекратили курить | | |
| 4.7. Употребляете ли Вы алкогольные напитки? | | | | да  нет | | Если «да», то укажите детали (за неделю, в мл.):  пиво  вино  крепкие напитки (> 40%) | | |
| 4.8. **Были ли у Вас когда-либо выявлены следующие заболевания или их симптомы, проходили ли Вы лечение и/или обследование?** Если «Да», укажите даты, диагноз, симптомы, жалобы и подробности | | | | | | | | |
| 1. **Заболевания сердца**: пороки, ишемическая болезнь сердца (стенокардия, инфаркт), ревматизм, эндо- и/или миокардит; боли за грудиной, одышка, нарушения сердечного ритма, шумы в сердце и др. | | | | да  нет | | если «да», то укажите детали | | |
| 1. **Заболевания сосудистой системы:** повышенное кровяное давление, заболевания сосудов или нарушение кровообращения (в т.ч. тромбозы, аневризмы сосудов, эндартериит, варикозное расширение вен, атеросклероз, инсульт и др. | | | | да нет | | если «да», то укажите детали | | |
| 1. **Болезни органов дыхания:** астма, хронический бронхит, хроническая пневмония, туберкулез, одышка, эмфизема легких, хроническая обструктивная болезнь легких и др**.** | | | | да  нет | | если «да», то укажите детали | | |
| 1. **Заболевания пищеварительной системы:** язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки; заболевания желчного пузыря, печени, поджелудочной железы, хронический панкреатит, хронический колит, гастрит; кровотечения и др.? | | | | да  нет | | если «да», то укажите детали | | |
| 1. **Заболевания почек или мочеполовой системы:** хронический пиелонефрит, нефрит, врожденная патология почек, аденома предстательной железы, частые отеки, камни в почках, белок и/или кровь в моче, гломерулонефрит др. | | | | да  нет | | если «да», то укажите детали | | |
| 1. **Заболевания уха, горла, носа:** отит, тонзиллит, ларингит, ринит, частые ангины, шум в ушах, снижение слуха и т.п., исключая обычные простуды, грипп и детские инфекционные болезни и др. | | | | да  нет | | если «да», то укажите детали | | |
| 1. **Заболевания глаз:** близорукость с коррекцией зрения - 6.0 и выше, заболевания глаз, травмы глаз и др. | | | | да  нет | | если «да», то укажите детали | | |
| 1. **Психические или нервные расстройства:** эпилептические или судорожные припадки, потеря сознания, параличи, парезы, состояния депрессии, бессонница; остеохондроз и пр.?   Состоите ли Вы/состояли на учете у невролога, психиатра; проходили ли лечение в неврологических, психоневрологических/психиатрических клиниках? Лечились ли Вы когда-либо от алкоголизма, наркомании, токсикомании? Делали ли Вы попытки к самоубийству? Находились ли в реанимационном отделении? | | | | да  нет | | если «да», то укажите детали | | |
| 1. **Заболевания опорно-двигательного аппарата:** остеопороз, остеохондроз, остеомиелит, подагра, артроз, артриты, радикулит, смещение дисков и/или позвонков, ограничение двигательных функций (в т.ч. паралич), ампутация, врожденная патология и др. | | | | да  нет | | если «да», то укажите детали | | |
| 1. **Заболевания кожи:** псориаз, эритема и др. | | | | да  нет | | если «да», то укажите детали | | |
| 1. **Травмы опорно-двигательного аппарата** (мышц, костей, суставов, позвоночника, головы и т.д.) и внутренних органов. | | | | да  нет | | если «да», то укажите детали | | |
| 1. **Заболевания эндокринной системы:** диабет, заболевания щитовидной железы, поджелудочной железы, гормональные нарушения, нарушения обмена веществ, тиреоидит, гипер- или гипотиреоз и/или другие болезни эндокринной системы? | | | | да  нет | | если «да», то укажите детали | | |
| 1. **Заболевания крови, лимфатической системы, онкологические заболевания и опухоли:** новообразования (опухоли злокачественные или доброкачественные), в т.ч., заболевания крови, кроветворных органов (включая лимфомы, анемии, лейкозы) и др.   Подвергались ли Вы радио- или химиотерапии? Проводились ли переливания крови и их компонентов? Системные заболевания (склеродермия, красная волчанка, и др.?) | | | | да  нет | | если «да», то укажите детали | | |
| 4.9. Проходили ли вы медицинское освидетельствование, лечение или исследования крови в связи с ВИЧ-инфекцией (СПИДом), гепатитами «В», «С», «Д»; заболеваниями передающимися половым путем? | | | | да  нет | | если «да», то укажите детали | | |
| 4.10. Проходили ли Вы специальные обследования (рентген, ЭКГ, УЗИ и т.п.) в связи с заболеваниями или подозрениями на заболевания за последние 5 лет (если “Да”, укажите даты и подробности)? | | | | да  нет | | если «да», то укажите детали | | |
| 4.11. Получали ли Вы рекомендации от врачей о необходимости оформления группы инвалидности по состоянию здоровья (заболевания, травмы)? | | | | да  нет | | если «да», то укажите детали | | |
| 4.12. Обращались ли Вы когда-либо в Федеральное Государственное Учреждение «Главного бюро медико-социальной экспертизы» по месту жительства, регистрации с заявлением об освидетельствовании Вас на группу инвалидности? | | | | да  нет | | если «да», то укажите детали | | |
| 4.13. Получали ли Вы когда-нибудь/получаете пособие по инвалидности? | | | | да  нет | | если «да», то укажите детали | | |
| 4.14. Страдали ли от диабета, рака, инсульта, заболеваний сердца или болезней почек Ваши родители, братья или сестры, живые или умершие в возрасте до 60 лет? | | | | да  нет | | если «да», то укажите детали | | |
| 4.15. **Вопросы для женщин:**  а) Были ли у Вас диагностированы какие-либо заболевания женских органов (молочных желез, яичников, матки)?  б) Беременны ли вы сейчас (если «Да», то укажите срок беременности)? | | | | да  нет  да  нет | | если «да», то укажите детали  если «да», то укажите детали | | |
| 4.16. Пожалуйста, укажите даты и подробности всех других событий медицинского характера, заболеваний, операций, госпитализаций, ранений (включая несчастные случаи и их последствия), не указанных Вами выше, по которым Вы проходили/проходите обследование или лечение. | | | | укажите детали | | | | |
| 4.17.Укажите название и адрес медицинского учреждения в котором Вы обслуживаетесь / обслуживались ранее. | | | | укажите детали | | | | |
| 4.18. Было ли ранее отказано в заключении договора страхования по рискам жизни, здоровья и/или трудоспособности. | | | | да  нет | | | если «да», то укажите детали | |
| **5. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ** | | | | | | | | |
| 5.1.Имеются ли у Вас действующие договоры ипотечного страхования в СПАО «Ингосстрах» по:   * страхованию рисков утраты (гибели) или повреждения имущества | | | | | | | | да  нет |
| * страхованию риска причинения вреда здоровью, а также смерти в результате несчастного случая или болезни | | | | | | | | да  нет |
| * страхованию рисков полной либо частичной утраты застрахованного имущества в результате прекращения либо ограничения права собственности на него | | | | | | | | да  нет |
| * страхованию рисков наступления ответственности за причинение вреда жизни, здоровью или имуществу физических лиц, имуществу юридических лиц, муниципальных образований, субъектов РФ или РФ | | | | | | | | да  нет |
| **6. ДЕКЛАРАЦИЯ** | | | | | | | | |
| Я заявляю, что вышеуказанные сведения, внесенные мной или от моего имени в настоящем заявлении, соответствуют действительности и будут являться частью Договора страхования, что при заполнении данного заявления все поставленные страховой компанией вопросы мне были понятны, их содержание и смысл мне ясны.  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 предоставленных сведениях.  Я предоставляю Страховщику 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 СПАО «Ингосстрах», 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» запрашивать и получать в медицинский и иных учреждениях, в которых я обращался(лась), 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, 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, а также предоставлять вышеуказанному сотруднику СПАО «Ингосстрах» доступ к медицинской документации, необходимой для рассмотрения вопроса о выплате страхового обеспечения.  Я не состою на учете в диспансерах и иных лечебных учреждениях, не обращался за консультацией и лечением в связи с ВИЧ-инфекцией или состоянием, связанным со СПИДом.  Я настоящим подтверждаю, что кредитором была предоставлена возможность выбора программы кредитования, предусматривающая страхование только предмета залога, без страхования иных рисков.  Я настоящим подтверждаю, что все вопросы настоящего заявления мне понятны, а данные мной ответы на указанные вопросы являются правдивыми и соответствуют имеющимся у меня сведениям. Мне известно, что дача мною ложных ответов на вышеуказанные вопросы ведет к признанию недействительным любого договора страхования, заключаемого СПАО «Ингосстрах» в отношении моей жизни, здоровья.  Я отказываюсь от каких-либо претензий по поводу передачи вышеназванной информации СПАО «Ингосстрах» его перестраховщикам.  Я даю согласие Страховщику на обработку моих персональных данных (далее - ПД) в целях заключения Договора, осуществления страхования, в том числе в целях урегулирования убытков по Договору, сбора статистической информации и ее анализа, а также в целях исполнения требований действующего законодательства РФ. Страховщик может осуществлять обработку моих ПД в течение действия договора.  Мои ПД включают в себя: фамилию, имя, отчество, дату рождения, паспортные данные и/или данные другого документа, удостоверяющего личность, адрес проживания/регистрации, телефоны.  Предоставляю Страховщику право осуществлять все действия с моими ПД, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать мои ПД посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных, в том числе с целью оповещения меня об услугах и акциях Страховщика. Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать мои ПД, в том числе специальные ПД, в медицинские учреждения и перестраховщикам с которыми у Страховщика имеются договорные отношения, и получать от этих учреждений данные обо мне. Передача моих ПД иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.. | | | | | | | | |
| **7. ПОДПИСЬ СТРАХОВАТЕЛЯ/ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА** | | | | | | | | |
| **Страхователь/ Застрахованное лицо** | |  |  | | | | | |
| **подпись** | **ФИО** | | | | | |