ЗАЯВЛЕНИЕ – АНКЕТА для ЗАЕМЩИКА

ПО ИПОТЕЧНОМУ СТРАХОВАНИЮ

(личное страхование)

**ВНИМАНИЕ! Пожалуйста, убедитесь, что все необходимые сведения указаны максимально подробно и точно. Ошибки в данной информации могут сделать Договор страхования и страховой полис недействительными.**

**На основании сведений, полученных из него, специалистами страховой компании могут быть поставлены дополнительные вопросы, ответы на которые необходимы для определения степени риска и заключения Договора страхования.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О СТРАХОВАТЕЛЕ** | | | | | |
| * 1. Фамилия, Имя, Отчество | |  | | | |
| 1.2.Адрес регистрации: | |  | | | |
| 1.3.Адрес фактического проживания (если отлич. от п.1.2): | |  | | | |
| 1.4. Дата и место рождения: | | **«**     »      19      года, место рождения: | | | |
| 1.5. Семейное положение: | |  | | | |
| 1.6. Контактные телефоны, e-mail: | | Тел.:      ; e-mail: | | | |
| 1.7. Паспорт: | | серия       №      , выдан       дата выдачи | | | |
| 1.8. Гражданство: | |  | | | |
| **2. СВЕДЕНИЯ О ЗАНЯТОСТИ СТРАХОВАТЕЛЯ** | | | | | |
| **2.1. Настоящее место работы:** | | собственное дело /  по найму | | | |
| 2.2. Наименование организации: | |  | | | |
| 2.3. Юридический адрес: | |  | | | |
| 2.4. Телефон: | |  | | | |
| 2.5. Должность / род занятий: | |  | | | |
| **3. СОСТАВ СЕМЬИ** | | | | | |
| 3.1. указать степень родства, ФИО, год рождения (наследники первой очереди – отец, мать, муж/жена, дети) | | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
| **4. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ КРЕДИТНОГО ДОГОВОРА** | | | | | |
| **4.1. Наименование банка, с которым будет заключен кредитный договор:** | |  | | | |
| 4.2. Сумма кредита: | |  | | | |
| 4.3. Срок кредитования: | |  | | | |
| 4.4. Годовая процентная ставка по кредиту: | |  | | | |
| 4.5. Созаемщики (ФИО)/его доля в общем доходе, % (страховая сумма в процентах от размера кредита): | | 1. (ФИО)/      % | | | |
| 1. (ФИО)/      % | | | |
| 4.6. Ваш консультант в банке, телефон, e-mail: | |  | | | |
| **5. ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОБЪЕКТЕ СТРОИТЕЛЬСТВА** | | | | | |
| 5.1. Наименование застройщика | |  | | | |
| 5.2. Строительный адрес объекта | |  | | | |
| **6. СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ, ПОТЕРИ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ЗАЛОГОДАТЕЛЯ** | | | | | |
| *ВОПРОСЫ ОБЩЕГО ХАРАКТЕРА:* | | | | | |
| 6.1. **Рост** (см): **Вес** (кг): | | | | | |
| 6. 2. Изменение веса более чем на 4 кг. за последний год?  Да, в связи с | | | | | Нет |
| 6. 3. Какой рабочий уровень Вашего артериального давления? | | | | | мм.рт.ст. |
| 6.4. Курите ли Вы (прекратили потребление табака менее 6 месяцев назад)?  Да, если да - укажите стаж курения? (количество месяцев, лет):       количество сигарет в день | | | | | Нет |
| 6.5. Потребление алкоголя (вид алкоголя и количество за неделю в граммах):  пиво      ; вино      ; крепкие напитки (> 40) | | | | | |
| 6.6.Укажите как часто вы употребляете алкоголь?  два и более раз в неделю;  два-четыре раза в месяц;  вообще не употребляю; | | | | | |
| 6.7. Пожалуйста, сообщите название и адрес поликлиники (лечебного учреждения), которой Вы обычно пользуетесь: | | | | | |
| 6.8. Имеется ли у Вас Полис Добровольного Медицинского Страхования (ДМС) | | | | | Да  Нет |
| 6.9. Укажите наименования и адреса (если адреса Вам известны) лечебных учреждений, где хранятся Ваши медицинские карты:  мед. карта хранится в поликлинике №      , расположенной по адресу:  мед. карта хранится в больнице №      , расположенной по адресу:  за медицинской помощью никогда не обращался и медицинскую карту (книжку) не заводил ни в одном медицинском учреждении РФ и за его пределами  иное (ваш вариант): | | | | | |
| *ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА:* | | | | | |
| **6.10.** Были ли у Вас когда-либо следующие состояния или заболевания и проходили ли Вы по поводу них лечение: (если “Да”, укажите даты, диагнозы, симптомы, жалобы, опишите подробности, дайте комментарии).  **Внимание! На вопросы должны быть даны четкие и полные ответы:** | | | | | |
| 6.10.1. ЛОР заболевания: частые ангины, шум в ушах, снижение слуха и т.п., исключая обычные простуды, грипп и детские инфекционные болезни? | | | Нет | Да , | |
| 6.10.2.Снижение остроты зрения более 3 диоптрий, заболевания глаз, травмы глаз? | | | Нет | Да , | |
| 6.10.3.Головокружения, обмороки, судороги, головные боли, нарушение речи, потеря сознания, мозговые или невротические нарушения, паралич и т.п.? | | | Нет | Да , | |
| 6.10.4.Болезни органов дыхания: одышка, кашель, кровохарканье; астма, хр. бронхит, плеврит, эмфизема, туберкулез и другие хронические заболевания дыхательных путей? | | | Нет | Да , | |
| 6.10.5.Заболевания сердечно-сосудистой системы: боли за грудиной, одышка, ощущение перебоев в работе сердца; кардиомиопатия, миокардиодистрофия, ишемическая болезнь сердца, порок сердца, артериальная гипертония, нарушения ритма, нарушение кровообращения, ревматизм, атеросклеротическое поражение сосудов сердца и/или аорты, тромбозы, аневризмы сосудов или другие заболевания сердечно-сосудистой системы и т.п.? | | | Нет | Да , | |
| 6.10.6**.** Контролируете ли Вы уровень холестерина в крови? | | | Нет | Да  Укажите свой уровень холестерина в крови: | |
| 6.10.7.Заболевания пищеварительной системы: желчного пузыря, печени, поджелудочной железы, язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки, желтуха, кишечное кровотечение, хронический гастрит, изжога, нарушение пищеварения, частые поносы; грыжа, колит, геморрой или другие заболевания желудочно-кишечного тракта, печени и желчного пузыря и т. п.? | | | Нет | Да, | |
| 6.10.8.Заболевания почек или мочеполовой системы: Сахар, белок, кровь или гной в моче, камни мочевыводящей системы; пиелонефрит, гломерулонефрит, другие заболевания почек, мочевого пузыря, частые отеки, почечные колики в анамнезе, заболевания предстательной железы; венерические болезни и т.п.? | | | Нет | Да , | |
| 6.10.9. ***Вопрос для женщин:***  Заболевания женских органов: молочных желез, яичников, матки, осложненная беременность, роды, кесарево сечение (укажите причины по которым Вам делали кесарево сечение) и т.п.? | | | Нет | Да , | |
| 6.10.10. ***Вопрос для женщин:***  Беременны ли Вы в настоящее время? | | | Нет | Да. Срок беременности | |
| 6.10.11.Заболевания эндокринной системы: повышение глюкозы крови; диабет, заболевания щитовидной железы, поджелудочной железы, гормональные нарушения, нарушения обмена веществ или другие нарушения эндокринной системы? | | | Нет | Да , | |
| 6.10.12.Контролируете ли Вы свой уровень глюкозы в крови? | | | Нет | Да  Укажите свой уровень глюкозы в крови: | |
| 6.10.13.Неврит, радикулит и другие заболевания периферической нервной системы? | | | Нет | Да , | |
| 6.10.14.Новообразования: опухоли злокачественные или доброкачественные, в том числе заболевания крови? Подвергались ли Вы радио- или химиотерапии? Проводились ли переливания крови и их компонентов? Системные заболевания и т.п.? | | | Нет | Да, | |
| 6.10.15.Болезни кожи и соединительной ткани (склеродермия, псориаз, экзема, системная красная волчанка и др.); лимфатических узлов; кисты? | | | Нет | Да , | |
| 6.10.16.Аллергия; анемия и другие нарушения кроветворной системы? | | | Нет | Да , | |
| 6.10.17.Заболевания, травмы опорно-двигательного аппарата (мышц, костей, суставов, позвоночника, головы), остеопороз, подагра, ревматизм, артриты, радикулит, ограничение двигательных функций, хромота или ампутация? | | | Нет | Да, | |
| 6.10.18.Заболевания центральной нервной системы или психические расстройства: мигрень, судорожные припадки, потеря сознания, парезы, эпилепсия, состояние депрессии, бессонница, остеохондроз или какие-либо другие расстройства? | | | Нет | Да, | |
| 6.10.19.Состоите/состояли ли Вы на учете у невролога, психиатра; проходили ли лечение в психоневрологических/психиатрических клиниках? Лечились ли Вы когда-либо от наркомании, алкоголизма, токсикомании? Делали ли Вы попытки к самоубийству? Находились ли в реанимационном отделении? | | | Нет | Да, | |
| 6.10.20.Принимали/принимаете ли Вы разного рода седативные (снотворные) вещества, транквилизаторы (антидепрессанты) или наркотические вещества в лечебных или иных целях? | | | Нет | Да, | |
| 6.10.21. Врожденные или приобретенные дефекты органов (отсутствие органов, нарушение функций) | | | Нет | Да, | |
| 6.10.22.Проходили ли вы медицинское освидетельствование, лечение или исследования крови в связи с заболеванием СПИДом (ВИЧ инфекцией) или заболеваниями, передающимися половым путем (включая гепатиты)? | | | Нет | Да, | |
| 6.10.23.Проходили ли Вы специальные обследования (рентген, ЭКГ, УЗИ) в связи с заболеваниями за последние 5 лет? | | | Нет | Да, | |
| 6.10.24.Отстранялись ли Вы когда-либо от работы по состоянию здоровья? | | | Нет | Да, | |
| 6.10.25.Регулярно ли Вы проходите профилактические медицинские осмотры за последние 5 лет? Укажите периодичность профилактических медицинских осмотров:  прохожу регулярно раз и более в год;  прохожу эпизодически раз в два-три года;  ни разу не проходил за последнии 5 лет. | | | | | |
| 6.10.26.Нуждаетесь ли Вы в связи с имеющимися заболеваниями в постоянном наблюдении врачом и/или постоянном приеме лекарств? | | | Нет | Да , | |
| 6.10.27.Знаете ли Вы имеющиеся отклонения в состоянии Вашего здоровья, которые увеличивают риск наступления страхового события? | | | Нет | Да , | |
| 6.10.28.Находились ли Вы за последние 2 года на амбулаторном лечении по поводу заболевания. | | | Нет | Да. Укажите сколько раз | |
| 6.10.29.Находились ли Вы за последние 2 года на стационарном лечении по поводу заболевания. | | | Нет | Да. Укажите сколько раз | |
| 6.10.30.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 (первично или повторно)? | | | Нет | Да , | |
| 6.10.31.Получали ли Вы рекомендации от лечащего врача, консультирующих Вас врачей, о необходимости оформления инвалидности 1, 2 или 3 группы, по состоянию Вашего здоровья. | | | Нет | Да , | |
| 6.10.32.За период с 2006 года и по настоящий момент времени, проходили ли Вы медицинское обследование, для оформления инвалидности 1, 2 или 3 группы. | | | Нет | Да , | |
| 6.10.33.За период с 2006 года и по настоящий момент времени, происходили ли с Вами события, последствия которых могут привести к наступлению страхового случая. | | | Нет | Да , | |
| 6.10.34.В настоящий период времени у Вас есть присвоенная группа инвалидности? | | | Нет | Да , | |
| 6.10.35. Страдали ли от диабета, рака, инсульта, заболеваний сердца или болезней почек Ваши родители, братья или сестры, живые или умершие в возрасте до 65 лет? | | | Нет | Да , | |
| 6.10.36. 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 обследование или лечение.  (нужно написать свой вариант ответа и/или выбрать и дополнить вариант ответа, если он соответствует вашей ситуации):  ничего другого не было  проходил(а) стационарное лечение в больнице №       по поводу       в       году.  проходил (а) амбулаторное лечение в поликлинике №       по поводу       в       году.  иное (ваш вариант): | | | | | |
| **ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ РИСКИ:** | | | | | |
| 6.11.Занимаетесь ли вы профессионально или в качестве хобби следующими видами спорта: авиацией; плаванием с аквалангом; парашютным спортом; дельтапланеризмом; автомобильными гонками; мотогонками; горными или водными лыжами; парусным спортом; альпинизмом; спелеологией; боксом; верховой ездой; борьбой или боевыми искусствами:  Нет  Да , если «да», то какими?  Или другими видами деятельности, хобби, опасными или экстремальными видами спорта, где возникает повышенный риск?  Нет  Да, если «да», то какими? | | | | | |
| 6.12. Включены ли следующие обязанности в вашу профессию (Если “Да”, то укажите подробности)? | | | | | |
| 6.12.1. работа на высоте свыше 15 метров | | | Нет | Да , | |
| 6.12.2. работа в море или под водой | | | Нет | Да , | |
| 6.12.3. работа под землей (например,в шахтах) | | | Нет | Да , | |
| 6.12.4. работа с опасными химическими составами или взрывчатыми веществами | | | Нет | Да , | |
| 6.12.5. другая работа, связанная с повышенным риском | | | Нет | Да , | |
| 6.12.6. Намереваетесь ли Вы путешествовать в “горячие” точки планеты (места вооруженных конфликтов или военных действий) | | | Нет | Да , | |

***ВНИМАНИЕ: ООО «Абсолют Страхование» может запрашивать дополнительную информацию в период действия Договора страхования. Страхователь обязуется представлять такую информацию.***

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

*Настоящим заявляю, что я не являюсь и никогда ранее не являлся инвалидом 1 или 2 группы и МСЭК не рассматривает документы на установление мне группы инвалидности, не страдаю эпилепсией, сахарным диабетом, онкологическими, хроническими сердечно-сосудистыми или нервно-психическими заболеваниями, а также не обращался за консультацией и лечением в связи со СПИДом 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-анекты мне понятны, а данные мной ответы на указанные вопросы являются правдивыми и соответствую имеющимся у меня сведениям. Мне известно, что дача ложных ответов на вышеуказанные ответы ведет к признанию недействительным любого договора страхования, заключаемого ООО «Абсолют Страхование» в отношении моей жизни, здоровья, имущества.*

*Я заявляю, что мои ответы на вопросы в настоящем Заявлении, приведенные выше, являются правдивыми и полными и будут являться частью Договора страхования. Я предоставляю компании право произвести индивидуальную оценку страхового риска. Я понимаю, что должен (должна) сообщить ООО «Абсолют Страхование» обо всех изменениях с имуществом, описанным в данном заявлении, в роде деятельности и увлечениях, связанных с риском несчастного случая, а также в случае наступления страхового события, при заключении и в течении срока действия договора страхования*

*Я выражаю согласие на получение ООО «Абсолют Страхование» информации о состоянии моего здоровья, а также в случае необходимости, на проведение вскрытия для установления причины смерти в качестве условия выплаты по риску смерти/утраты трудоспособности.*

*Я также уполномочиваю любого зарегистрированного врача, медицинские учреждения, страховые организации, владеющие записями или воспоминаниями о моем здоровье, передавать всю такую информацию, включая первичную медицинскую историю, ООО «Абсолют Страхование» или его перестраховщикам. Я отказываюсь от каких-либо претензий по поводу передачи вышеназванной информации ООО «Абсолют Страхование» и его перестраховщикам*

*Подписывая настоящее заявление на страхование, Страхователь (и) (Застрахованный (ые)) в соответствии c Федеральным законом РФ «О персональных данных» выражает (ют) Страховщику согласие на обработку своих персональных данных, содержащихся в документах, передаваемых Страховщику, в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов со мной с помощью средств связи, в целях обеспечения исполнения договора страхования, заключенного на основании настоящего заявления, а также выражает (ют) Страховщику согласие на предоставление Выгодоприобретателю (ям) информации по договору страхования, заключенному на основании настоящего заявления, об исполнении Страховщиком и/или Страхователем(ями) обязательств, по договору страхования, заключенному на основании настоящего заявления, 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, заключенному на основании настоящего заявления информацию.*

*Обработка персональных данных осуществляется посредством сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, распространения (в том числе передачу), обезличивания, блокирования, уничтожения персональных данных как на бумажных, так и на электронных носителях.*

*Настоящее согласие Страхователя(ей) (Застрахованного(-ые)) действительно в течение срока действия договора страхования, заключенного на основании настоящего заявления и в течение 5 лет после окончания срока действия договора страхования, заключенного на основании настоящего заявления.*

**Я заявляю, что вышеуказанные сведения, внесенные мной или от моего имени в настоящее Заявление - анкету соответствуют действительности и будут являться частью Договора страхования.**

**Прошу осуществить страхование (в валюте кредитного договора):**

рисков смерти и утраты трудоспособности.

**Продолжительность действия Договора страхования равна сроку кредитования.**

**Ф.И.О. Страхователя:**

**Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата заполнения: «     »       20      года**