

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВАНИЕ

ПРОШУ ЗАКЛЮЧИТЬ ДОГОВОР ИПОТЕЧНОГО СТРАХОВАНИЯ НА СЛЕДУЮЩИХ УСЛОВИЯХ

ЧАСТЬ I: ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

1. СТРАХОВАТЕЛЬ (Ф.И.О.):		ГРАЖДАНСТВО:
2. ДАТА РОЖДЕНИЯ:	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ:	ПОЛ: м <input type="checkbox"/> ж <input type="checkbox"/>
3. МЕСТО РОЖДЕНИЯ:		
4. ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ (паспорт №, кем и когда выдан, код подразделения): серия _____, кем выдан: _____, дата выдачи: _____, код подразделения: _____		
Идентификационный номер налогоплательщика (в случае наличия): _____		
АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ: _____		
МОБ. ТЕЛЕФОН, E-MAIL: _____		
МЕСТО РАБОТЫ: _____		
ДОЛЖНОСТЬ: _____		
РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН, E-MAIL: _____		
5. ВЫГОДПРИОБРЕТАТЕЛЕМ на получение страхового обеспечения (назначен по воле Страхователя/Застрахованного) является: _____ (указать Банк) в части остатка ссудной задолженности по кредиту, и Страхователь / Застрахованный в части превышения причитающихся _____ (указать Банк) платежей.		
6. ИНФОРМАЦИЯ О КРЕДИТЕ:		
Размер: _____	Процентная ставка: _____	Валюта: <input type="checkbox"/> Рубли РФ <input type="checkbox"/> Доллары США <input type="checkbox"/> Иная: _____
Контактные данные кредитного инспектора и / или адрес места выдачи кредитных средств: _____		
7. Срок страхования (в месяцах): _____ Валюта договора страхования: <input type="checkbox"/> в валюте Кредита <input type="checkbox"/> Иная: _____		
8. Фактическая цена приобретения Недвижимого имущества: _____		

ЧАСТЬ II: СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ И ТРУДОСПОСОБНОСТИ ЗАЁМЩИКА

Страховая сумма равна:		
<input type="checkbox"/> размеру Кредита, увеличенному на _____ %:	_____	
<input type="checkbox"/> размеру Кредита, увеличенному на _____ % и скорректированному на долю в общем доходе в размере _____ % (для 2х и более Застрахованных):	_____	
<input type="checkbox"/> размеру Кредита: _____	_____	
<input type="checkbox"/> иное: _____	_____	
1. ЗАСТРАХОВАННЫЙ ЗАЁМЩИК:		
<input type="checkbox"/> СТРАХОВАТЕЛЬ	<input type="checkbox"/> ИНОЕ ЛИЦО	
	ЗАСТРАХОВАННЫЙ (Ф.И.О.): _____	
	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ГРАЖДАНСТВО:
	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ:	ПОЛ: м <input type="checkbox"/> ж <input type="checkbox"/>
	МЕСТО РОЖДЕНИЯ:	
	МЕСТО РАБОТЫ:	
	ДОЛЖНОСТЬ:	
	РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН, E-MAIL:	
2.1. Категория подтверждения дохода	<input type="checkbox"/> Клиенты с доходом по 2НДФЛ	<input type="checkbox"/> Клиенты с доходом по форме банка
	<input type="checkbox"/> Иное (указать) _____	
2.2. Статус занятости	<input type="checkbox"/> Работа по найму	<input type="checkbox"/> Пенсионер
	<input type="checkbox"/> Собственник бизнеса, Индивидуальный предприниматель	<input type="checkbox"/> Безработный
	<input type="checkbox"/> Иное (указать) _____	
2.3. Кратко должностные обязанности: _____		
3. ВОПРОСЫ ОБЩЕГО И МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА		
Укажите показатели Вашего роста и веса:	Рост (см)	Вес (кг)
Изменялся ли Ваш вес более чем на 5 кг за последний год? Если «Да», укажите причину _____)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Показатели Вашего артериального давления (мм. рт. ст.): _____	/	
Информация о курении за последние 12 месяцев (количество сигарет в день): _____		
Потребление алкоголя (вид алкоголя и количество за неделю в литрах):	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
пиво _____; вино _____; крепкие напитки (> 40) _____		
Получали ли Вы врачебные рекомендации о снижении или отмене потребления табака и/или алкоголя в связи с состоянием здоровья? Если «Да», укажите причину _____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
S01. Застрахована ли Ваша жизнь или здоровье в других компаниях (кроме ДМС, ОМС, ВЗР, корпоративного страхования (страхования от работодателя))?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
S02. Подавали ли Вы уже заявление на страхование жизни в другую компанию, которое было отклонено или принято на особых условиях ?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
S03. Включены ли нижеследующие обязанности в Вашу профессию: работа на высоте свыше 15 м; в водной акватории или под водой; в нефтяной или газовой промышленности; под землей, например, в шахтах; с взрывчатыми веществами; с опасными химическими веществами или составами?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
S04. Намереваетесь ли Вы посещать «горячие» точки (места вооруженных конфликтов или военных действий)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
S05. Занимаетесь ли Вы в качестве хобби или профессионально: авиацией; плаванием с аквалангом; парашютным спортом; дельтапланеризмом; автомобильными гонками; мотоспортом; горными или водными лыжами; парусным спортом; альпинизмом; спелеологией; боксом; верховой ездой; борьбой или боевыми искусствами и т.п.?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Если «Да», то каким? _____		
S05.1. Совершаете ли Вы авиаперелеты в качестве пассажира или члена экипажа кроме/ помимо регулярных или чартерных авиарейсов признанных авиакомпаний, имеющих государственные лицензии на осуществление соответствующей деятельности? Если «Да», уточните подробнее: _____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

Заявление на страхование

Подпись Страхователя: _____

C06. Связана ли Ваша профессиональная деятельность сейчас или была связана ранее с вредным или опасным производством?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА (При положительном ответе дайте развернутый ответ)		
C07. Пожалуйста, сообщите название и адрес поликлиники (лечебного учреждения), которой Вы обычно пользуетесь (кроме стоматологии), и Ф.И.О. лечащего врача		– по месту жительства, ОМС: – по ДМС (Страховщик - _____): – на коммерческой основе:
Дата последней консультации _____, Специальность врача _____, Заключение _____		
C08. Имеете ли Вы или имели в прошлом I, II или III группу инвалидности (в том числе категория «ребенок-инвалид») или направлены/были направлены на медико-социальную экспертизу для установления инвалидности?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
ИМЕЛИ ЛИ ВЫ В ПРОШЛОМ ЛИБО ИМЕЕТЕ ЛИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ, УКАЗАННЫЕ НИЖЕ?		
C09. Любое заболевание сердечно-сосудистой системы (например: эндокардит, шумы в сердце, боли за грудиной, одышка, сердцебиения); повышенное артериальное давление, заболевание сосудов (артериит, тромбофлебит и т.д.), нарушение кровообращения?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C10. Болезни легких или дыхательных путей (астма, бронхит, пневмония, туберкулез и т.д.)?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C11. Заболевания пищеварительной системы, желчного пузыря или печени (язва, хр. гастрит, диарея, изжога, и т.д.)?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C12. Заболевания почек или мочеполовой системы (частые отеки, белок в моче, камни, венерические заболевания)?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C13. Нервные расстройства, психические заболевания (эпилепсия, паралич, временная потеря сознания)?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C14. Заболевания уха, горла, носа, глаз (отиты, тонзиллиты, ангины, близорукость/дальновидность (в диоптриях), иные нарушения зрения)?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C15. Заболевания опорно-двигательного аппарата (мышцы, кости, суставы, позвоночник): остеохондроз, миозит, артрит, ревматизм, подагра?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C16. Диабет, заболевания щитовидной железы, болезни эндокринной системы?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C17. Заболевания крови и лимфатической системы (анемия, гемофилия, лейкомия, лимфомы и т.д.)?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C18. Диагностированы ли у Вас или были диагностированы в прошлом заболевания, классифицируемые в соответствии с Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) по следующим кодам: C00-C97 – злокачественные новообразования; D00-D09 – новообразования IN SITU; D10-D36 – доброкачественные новообразования; D37-D48 – новообразования неопределенного или неизвестного характера (т.е. новообразования, вызывающие сомнения в том, являются ли они злокачественными или доброкачественными)?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C19. Проходили ли вы медицинское освидетельствование, лечение или исследования крови в связи со СПИДОМ (ВИЧ инфекций) или заболеваниями, передающимися половым путем (включая гепатиты)?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C20. Состоите ли Вы на диспансерном учете или рекомендовано ли Вам наблюдение врача на регулярной основе по поводу смертельно опасных болезней: злокачественных (онкологических) заболеваний и / или болезней системы крови, ВИЧ-инфицировании или СПИДа?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C21. Принимали Вы разного рода седативные (снотворные) вещества, транквилизаторы (антидепрессанты) или наркотические вещества в лечебных или иных целях?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C22. Отстранялись ли Вы когда-либо от работы по состоянию здоровья (кроме ОРЗ, гриппа, простуды, беременности, родов)? (если ДА, укажите даты и подробности)		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C23. Проходили ли Вы за последние 5 лет специальные обследования (рентген, ЭКГ, УЗИ) в связи с заболеваниями (за исключением диспансеризации, профилактических осмотров)?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C24. Имелись ли у Вас другие болезни, травмы, операции, госпитализации, нетрудоспособность за последние 5 лет?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C25. Какие медикаменты Вы употребляете регулярно (кроме витаминов, контрацептивов, БАДов)? _____		
C26. Вопрос для женщин: Имелись ли у Вас какие-либо заболевания женских половых органов (молочных желез, придатков, матки), кесарево сечение по медицинским показаниям?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C27. Вопрос для женщин: Беременны ли вы сейчас (если ДА, укажите срок беременности, наличие/отсутствие осложнений)? _____		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C28. Страдали ли от диабета, рака, инсульта, заболеваний сердца или болезней почек Ваши родители, братья или сестры, живые или умершие в возрасте до 60 лет? (если ДА, укажите степень родства, диагноз, возраст на момент постановки диагноза или смерти)		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C29. Состоите ли Вы на учете в диспансере: <input type="checkbox"/> наркологическом <input type="checkbox"/> психоневрологическом <input type="checkbox"/> кожно-венерологическом <input type="checkbox"/> туберкулезном		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C30. Имеются ли у Вас аллергические реакции (сезонные, периодические и т.д.) на пыльцу растений, пыль, шерсть животных, на определенные медикаменты и пищевые продукты? (если ДА, укажите степень выраженности/проявления)		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если Вы ответили “ДА”, на любой из вопросов с C01 по C30, внесите в нижеприведенную таблицу номер вопроса и дайте подробный ответ на вопрос общего (наличие договоров страхования, хобби и т.д.) и/или медицинского характера (точный диагноз, дата его постановки, проведенное или проводимое лечение, исследования и их результаты).		

№ ВОПРОСОВ	ПОДРОБНЫЕ ОТВЕТЫ

ФИНАНСОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ	
Информация о доходе:	Страхователь (Забмщик)
Суммарный годовой доход за последний год (руб.):	
от собственной профессиональной деятельности:	
в том числе: от инвестиций:	
из других источников:	
Оцените, пожалуйста, размер разницы между ежемесячными доходами и расходами (включая принимаемые ипотечные обязательства):	
Имеются ли у Вас другие кредитные обязательства?	Вид кредита (например, автокредит, потребительский кредит, ипотека):
	Размер кредита:
	Срок кредита:
Сколько иждивенцев находятся на Вашем содержании?	

Я заявляю, что мои ответы на вопросы, приведенные выше, являются правдивыми и полными, и понимаю, что в случае сообщения мной ложных сведений ООО СК

Заявление на страхование

Подпись Страхователя: _____

«ВТБ Страхование» (далее – Страховщик) имеет право признать договор страхования недействительным. Я предоставляю Страховщику право произвести индивидуальную оценку страхового риска. Я понимаю, что должен (должна) сообщить Страховщику обо всех изменениях с имуществом, указанным в данном заявлении, а также о состоянии здоровья, о роде деятельности и увлечениях, связанных с риском несчастного случая.

Подписывая настоящее Заявление, Страхователь (Застрахованный):

Дает согласие в соответствии со ст.ст. 13, 19, 22 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» любому лечебному учреждению и/или врачу предоставлять в Страховщику, осуществляющему страхование по выбранной Страхователем (Застрахованным) программе, любые сведения, связанные со Страхователем (Застрахованным) и составляющие врачебную тайну. Данное согласие имеет силу с момента подачи мной настоящего заявления на страхование и продолжает свое действие также в период действия кредитного договора и/или договора страхования, увеличенного на 12 (двенадцать) месяцев.

Подтверждает своё согласие с тем, что Страховщик может в течение всего срока действия договора/ов страхования осуществлять обработку указанных в нём персональных данных Страхователя (Застрахованного). Под обработкой персональных данных понимается: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также совершение иных действий с персональными данными физических лиц в статистических целях, в целях проведения анализа страховых рисков и перестрахования.

Выражает согласие на получение информации об условиях договора страхования, который может быть заключен на основании настоящего заявления, об исполнении такого договора, о новых продуктах, услугах, акциях, специальных предложениях Страховщика.

Выражает своё согласие на раскрытие Страховщиком информации, содержащейся о Страхователе (Застрахованном) у любых третьих лиц, в том числе в кредитной истории Страхователя (Застрахованного), обращение с запросом в одно или несколько бюро кредитных историй для проверки сведений, указанных в настоящем заявлении и получения информации о Страхователе (Застрахованном). Данное согласие имеет силу с момента подачи мной настоящего заявления на страхование и продолжает свое действие также в период действия кредитного договора и/или договора страхования, увеличенного на 12 (двенадцать) месяцев.

Заявляет, что:

ни Страхователь (Застрахованный), ни его супруг (-а) или близкий родственник (родители, дети, бабушки, дедушки, внуки, полнородные и неполнородные братья и сестры, усыновители или усыновленные) не занимают должности, указанные в ст. 7.3 Федерального закона от 7 августа 2001 года N 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» (далее по тексту – «Закон №115-ФЗ»)*, а также Страхователь (Застрахованный) не действует по поручению вышеуказанных лиц.

Если «НЕТ», укажите степень родства, Ф.И.О., занимаемую должность:

Страхователь (Застрахованный) не имеет неисполненных обязательств по исполнительным листам и других неисполненных обязательств;

Если «НЕТ», уточните:

Страхователь (Застрахованный) не имеет действующей профессиональной дисквалификации в соответствии с законодательством РФ, непогашенной судимости;

Если «НЕТ», уточните:

источниками происхождения средств, вносимых в качестве страхового взноса, являются личные накопления Страхователя (Застрахованного).

Если «НЕТ», уточните источник происхождения:

В случае если Страхователь (Застрахованный) или его супруг (-а) или близкий родственник (родители, дети, бабушки, дедушки, внуки, полнородные и неполнородные братья и сестры, усыновители или усыновленные) занимают должность, указанную выше, Страхователь (Застрахованный) обязуется сообщить об этом ООО СК «ВТБ Страхование» в письменном виде, в частности, указать следующую информацию: наименование должности, а в случае наличия принадлежности к иностранному публичному должностному лицу - источники происхождения денежных средств и иного имущества.

В случае несоответствия фактических обстоятельств и фактов, утверждениям, отраженным в настоящем документе, Страхователь (Застрахованный) обязуется письменно указать обстоятельства и факты, соответствующие фактическим.

Страхователь (Застрахованный) обязуется уведомить ООО СК «ВТБ Страхование» в письменной форме в течение 5 рабочих дней об изменении сведений, указанных в данном Заявлении.

Данное заявление является неотъемлемой частью договора страхования.

* Должности, указанные в статье 7.3 Закона №115-ФЗ: иностранное публичное должностное лицо, должность в международной публичной организации, государственная должность РФ, должность члена Совета Директоров Центрального банка РФ, должность Федеральной государственной службы, назначение/освобождение от которой осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должность в Центральном банке РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемых Президентом РФ

С данными медицинской анкеты ознакомлен и согласен, иных хронических заболеваний и жалоб, кроме указанных в заявлении на страхование, не имею.

СТРАХОВАТЕЛЬ/ЗАСТРАХОВАННЫЙ
(ЗАЁМЩИК):

_____ (фамилия, имя, отчество)

_____ (подпись)

СТРАХОВАТЕЛЬ/ЗАСТРАХОВАННЫЙ
(ЗАЁМЩИК):

_____ (фамилия, имя, отчество)

_____ (подпись)

« » 20 года
_____ (дата заполнения)