

**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** |