

**ЗАЯВЛЕНИЕ на страхование**

Приложение № 2  
к Договору страхования  
№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Все поля настоящего Заявления обязательны для заполнения  
ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ ЗАЯВЛЕНИЯ НУЖНЫЕ ВАРИАНТЫ ОТМЕТИТЬ V, НЕНУЖНЫЕ ЗАЧЕРКНУТЬ Z ИЛИ ИСКЛЮЧИТЬ

Для уточнения степени риска и заключения Договора страхования специалисты страховой компании могут запросить у Вас дополнительную информацию

Прошу Страховщика - АО «СОГАЗ» (ИНН 7736035485, ОГРН 1027739820921) заключить договор страхования Договор страхования на условиях Правил страхования при ипотечном кредитовании Страховщика в редакции от 09.10.12 г.

**1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О СТРАХОВАТЕЛЕ**

1.1	ФИО Страхователя	Смирнов семен Петрович			
1.2	Дата и место рождения			Пол	<input checked="" type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский
1.3	Паспортные данные	серия	№	дата выдачи	
		кем выдан			
1.4	Адрес регистрации				
1.5	Адрес фактического проживания				
1.6	Контактные номера телефонов, адрес электронной почты	домашний	служебный		
		мобильный	эл.почта		
1.7	Гражданство				
1.8	Семейное положение				

**2. ОСНОВНЫЕ УСЛОВИЯ КРЕДИТНОГО ДОГОВОРА**

2.1	Наименование кредитора, ИНН, ОГРН				
2.2	Адрес места нахождения кредитора				
2.3	ФИО заемщика или наименование заемщика (юр. лица) по Кредитному договору				
2.4	ФИО созаемщика (-ов)/поручителя (-ей) по Кредитному договору				
2.5	Кредитный договор	№	от		
2.6	Размер кредита (текущая ссудная задолженность заемщика по кредитному договору) , валюта кредита				
2.7	Текущая процентная ставка по кредиту			%	
2.8	Срок кредита	с	по		

**3. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ**

3.1	Выгодоприобретатель	в размере задолженности по кредиту/займу - кредитор, в оставшейся части: по страхованию от несчастных случаев и болезней - Застрахованное лицо; по страхованию недвижимого имущества - Залогодатель; по титульному страхованию - Залогодатель.
-----	---------------------	--

Сведения, внесенные мной или от моего имени в настоящее Заявление (включая приложения) соответствуют действительности и будут являться частью Договора страхования. Согласен с тем, что на основании сообщенных мною сведений

Страховщик имеет право произвести индивидуальную оценку риска (рисков), принимаемого (-ых) на страхование и предложить возможные условия договора страхования (в частности: перечень страховых случаев, страховую сумму, срок страхования и др.).

Настоящим  даю /  не даю согласие:

на бесплатное получение от Страховщика информации, согласно указанного далее перечня, посредством передачи мне текстовых сообщений (СМС-уведомлений) с указанием в них моего имени, отчества и направляемых на принадлежащий мне номер сотового (мобильного) телефона. Согласие действует с даты подписания и до истечения срока действия заключенного договора страхования. Отзыв согласия осуществляется путем устного или письменного обращения в структурное подразделение Страховщика, заключившее договор страхования. Перечень направляемой информации: уведомление о проводимых страховых акциях Страховщика, уведомление о новых потенциально интересных страховых продуктах, поздравление с Днем рождения и с Новым годом.

Настоящим  даю /  не даю согласие:

в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» на автоматизированную и неавтоматизированную обработку моих персональных данных (фамилия, имя, отчество; год, месяц, дата и место рождения; паспортные данные (или данные иного документа, удостоверяющего личность): серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ; адрес места регистрации и адрес фактического проживания; номер телефона; другие персональные данные, указанные в настоящем заявлении и Договоре страхования, являющиеся неотъемлемой частью настоящего заявления, а также в заявлении о событии и других предоставленных мною документах) в целях исполнения договора страхования; сбора и анализа статистических данных.

информирования о страховых услугах организаций, входящих в Страховую группу «СОГАЗ»

да  нет

Перечень действий с персональными данными, в отношении которых дано мое согласие, включает: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, передачу персональных данных в сторонние организации, в том числе, в другие страховые (перестраховочные) организации при осуществлении перестрахования (в том числе на трансграничную передачу); в организации, осуществляющие проверку деятельности Страховщика в соответствии с действующим законодательством; в соответствующие организации и компетентные органы при урегулировании убытков; кредитору/займодавцу (залогодержателю). Согласие действует на период действия Договора страхования неотъемлемой частью которого является настоящее заявление и на протяжении 5 лет после его прекращения и может быть отозвано мною посредством направления в адрес Страховщика письменного уведомления.

**Приложения, являющиеся неотъемлемой частью настоящей Заявления на страхование:**

Приложение №	1. Страхование от несчастных случаев и болезней Застрахованного лица №1	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Приложение №	2. Страхование от несчастных случаев и болезней Застрахованного лица №2	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Приложение №	3. Страхование от несчастных случаев и болезней Застрахованного лица №3	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Приложение №	4. Страхование недвижимого имущества (кроме земельного участка), гражданской ответственности	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Приложение №	5. Страхование недвижимого имущества (земельного участка)	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Приложение №	6. Титульное страхование недвижимого имущества (кроме земельного участка)	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Приложение №	7. Титульное страхование земельного участка	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Приложение №	8. Прилагаемые документы	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

Страхователь \_\_\_\_\_ / Смирнов С.П./

Представитель Страховщика \_\_\_\_\_ /

вквкер \_\_\_\_\_ /

Дата заполнения: \_\_\_\_\_