**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** | | |
| 1.1. ФИО | |  |
| 1.2. Адрес | постоянной регистрации |  |
| фактического проживания |  |
| 1.3. Дата и место рождения | |  |
| 1.4. Контакты: телефон (желательно указать несколько номеров), адрес электронной почты | |  |
| 1.5. Паспортные данные | | серия       номер       выдан  дата выдачи       код подразделения |
| 1.6. Гражданство | |  |
| 1.7. Семейное положение | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ДОГОВОРА С КРЕДИТНОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ** | | |
| 2.1. Кредитор (наименование организации),  юридический адрес, телефон | |  |
| 2.2. Размер кредита/Остаток задолженности по кредиту | |  |
| 2.3. Годовая процентная ставка (%),  срок кредитования (мес.) | |  |
| 2.4. Предмет ипотеки, объект страхования | | квартира  жилой дом  нежилое здание (помещение)  земельный участок  прочее |
| 2.5. Заемщик (ФИО), поручитель (ФИО) | |  |
| 2.6. Созаемщик (ФИО), поручитель (ФИО) | |  |
| 2.7. Доли заемщика и созаемщика в общей сумме задолженности (*данное соотношение устанавливается Банком*) | | Заемщик:      %  Созаемщик:      % |
| **2.8. Срок страхования** (продолжительность действия Договора страхования по требованию кредитной организации) | |  |
| 2.9. Представители Страхователя | в кредитной организации (ФИО, телефон, адрес электронной почты) |  |
| риэлтор/ипотечный брокер (ФИО, телефон, адрес электронной почты) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3. СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ** | | | |
| *Заполняется каждым Застрахованным лицом лично* | | | |
| 3.1. Застрахованное лицо |  | | |
| Дата рождения | |  |
| 3.2. Настоящее место работы | собственное дело  по найму | |  |
| название организации, телефон | |  |
| должность, род занятий  (характер выполняемой работы) | |  |
| 3.3. Укажите Ваши рост:      см. вес:       кг. | | | Изменение веса более чем на 4 кг за последний год?  Да,  Нет  Если «Да», то укажите детали |
| 3.4. Курите ли Вы? | | Да,  Нет | Количество сигарет в день  как давно курите  как давно прекратили курить |
| 3.5. Употребляете ли Вы алкогольные напитки? | | Да,  Нет | Если «Да», то укажите детали (за неделю, в мл.):  пиво  вино  крепкие напитки (> 40%) |
| 3.6. **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, гломерулонефрити 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 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 |
| 3.7. 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 |
| 3.8. 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 |
| 3.9.Получали ли Вы рекомендации от врачей о необходимости оформления группы инвалидности по состоянию здоровья (заболевания, травмы)? | | Да,  Нет | Если «Да», то укажите детали |
| 3.10.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 |
| 3.11. Получали ли Вы когда-нибудь/получаете пособие по инвалидности? | | Да,  Нет | Если «Да», то укажите детали |
| 3.12. 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 |
| 3.13. 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. | | При наличии укажите детали | |
| 3.14.Укажите название и адрес медицинского учреждения в котором Вы обслуживаетесь / обслуживались ранее. | | Да,  Нет | Если «Да», то укажите детали |
| 3.15. 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 | Если «Да», то укажите детали |
| 3.16**.** Имеются ли у Вас действующие договоры страхования жизни в СПАО «Ингосстрах» или в другой страховой компании?  Нет  Да, в компании      , по рискам      , на сумму        RUB  EUR  USD, на срок       дата окончания договора      .     .     г. | | | |
| 3.17**.** Сведения, которые Вы считаете важными для оценки степени риска: | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ РИСКИ** | | | |
| *Заполняется каждым Застрахованным лицом лично* | | | |
| 4.1. Занимаетесь ли вы профессионально или в качестве хобби следующими видами спорта? | | | |
| альпинизмом, спелеологией | | нет  иногда  регулярно  участвуете в соревнованиях  профессионально | |
| авто/мотогонками, ралли | | нет  иногда  регулярно  участвуете в соревнованиях  профессионально | |
| верховой ездой | | нет  иногда  регулярно  участвуете в соревнованиях  профессионально | |
| парусным спортом | | нет  иногда  регулярно  участвуете в соревнованиях  профессионально | |
| боксом, борьбой, боевыми искусствами | | нет  иногда  регулярно  участвуете в соревнованиях  профессионально | |
| горными/водными лыжами, сноубордом | | нет  иногда  регулярно  участвуете в соревнованиях  профессионально | |
| погружением в воду (плавание с аквалангом и т.п.) | | нет  иногда  регулярно  участвуете в соревнованиях  профессионально | |
| авиацией, парашютным спортом, дельтапланеризмом | | нет  иногда  регулярно  участвуете в соревнованиях  профессионально | |
| другими видами деятельности, спорта, хобби, где возникает экстра-риск (укажите какими) | | нет  иногда  регулярно  участвуете в соревнованиях  профессионально | |
| 4.2. Ездите ли Вы на мотоцикле? | | Да,  Нет | Если «Да», то укажите детали |
| 4.3. Связана ли Ваша профессиональная (или иная) деятельность с нижеперечисленным: | | | |
|  | с нахождением на высоте свыше 15 метров, на (вблизи) строительных площадках | Да,  Нет | Если «Да», то укажите детали |
|  | с нахождением в море или под водой | Да,  Нет | Если «Да», то укажите детали |
|  | с нахождениемпод землей (например, в шахтах) | Да,  Нет | Если «Да», то укажите детали |
|  | с опасными химическими составами или взрывчатыми вещества; с облучением, высоким электрическим напряжением, высокими температурами. | Да,  Нет | Если «Да», то укажите детали |
|  | с пребыванием в «горячих» точках планеты (места вооруженных конфликтов или военных действий), местах беспорядков, забастовок. | Да,  Нет | Если «Да», то укажите детали |
|  | с иным повышенным риском | Да,  Нет | Если «Да», то укажите детали |
| **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 медицинских 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 и/или имущества.  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, данные о доходах. | | | |
| 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. | | | |