

**Заявление**

Прошу СПАО «Ингосстрах», с учетом условий, указанных в настоящем заявлении, заключить договор (осуществлять последовательное заключение договоров) добровольного страхования имущественных интересов, связанных с:

☐ риском утраты (гибели) или повреждения имущества

☐ риском причинения вреда здоровью страхователя или другого названного в настоящем заявлении лица (застрахованного лица), а также его смерти в результате несчастного случая или болезни (за исключением предшествующих состояний и их последствий1)[[1]](#footnote-1)

☐ риском причинения вреда здоровью страхователя или другого названного в настоящем заявлении лица (застрахованного лица), а также его смерти в результате несчастного случая или болезни в результате предшествующих состояний и их последствий1

☐ риском полной либо частичной утраты застрахованного имущества в результате прекращения либо ограничения права собственности на него

**ВНИМАНИЕ!** 1)СПАО «Ингосстрах» может запрашивать дополнительную информацию в период действия договора страхования. Страхователь обязуется представлять такую информацию. 2) Основная часть заявления оформляется основным заемщиком. 3) Приложение к заявлению оформляется каждым созаемщиком в отдельности (при наличии созаемщиков в договоре страхования).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата оформления заявления** | «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. | | | | | | | | |
| **Планируемая дата начала страхования** | «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. | | | | | | | | |
| **Планируемая дата окончания страхования** | «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. | | | | | | | | |
| **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** | |  | | | | | | | |
| **1.5. Телефон** | | + 7 (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; + 7 (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  + 7 (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; + 7 (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| **1.6. Адрес электронной почты** | |  | | | | | | | |
| **1.7. Гражданство** | |  | | | | | | | |
| **1.8. Пол** | | ☐ Мужской ☐ Женский | | | | | | | |
| **2. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ДОГОВОРА С КРЕДИТНОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ** | | | | | | | | | |
| **2.1. Наименование кредитной организации** | |  | | | | | | | |
| **2.2. Размер кредита/ остаток задолженности по кредиту** | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ коп. | | | | | | | |
| **2.3. Годовая процентная ставка (%)** | |  | | | | | | | |
| **2.4. Срок кредитования (мес.)** | |  | | | | | | | |
| **2.5. Доли заемщика и созаемщика в общей сумме задолженности (*данное соотношение устанавливается банком*)** | | ***Доля заемщика*** | | |  | | | |  |
| ФИО | | | | % |
|  | | ***Доля созаемщика*** | | |  | | | |  |
| ФИО | | | | % |
| **3. ПРЕДМЕТ ИПОТЕКИ** | | | | | | | | | |
| ***Заполняется при страховании риска утраты (гибели) или повреждения имущества/ риска полной либо частичной утраты застрахованного имущества в результате прекращения либо ограничения права собственности на него*** | | | | | | | | | |
| **3.1. Объект страхования** | | ☐ Квартира ☐ Жилой дом ☐ Нежилое помещение ☐ Таунхаус  ☐ Комната ☐ Нежилое отдельно стоящее здание ☐ Сооружение  ☐ Земельный участок ☐ Машиноместо | | | | | | | |
| **3.2. Адрес объекта страхования** | |  | | | | | | | |
| **3.3. Кадастровый номер**  ***(заполняется только для земельных участков)*** | | КН: \_\_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| **3.4. Материал стен**  ***(не заполняется для земельных участков)*** | | ☐ Деревянные ☐ Каменные | | | | | | | |
| **3.5. Наличие пожароопасных объектов**  ***(не заполняется для земельных участков)*** | | ☐ Да ☐ Нет | | | | | | | |
| **4. ДАННЫЕ О ЗАСТРАХОВАННОМ ЛИЦЕ** | | | | | | | | | |
| **ВНИМАНИЕ!** Страховщик заключает договор страхования, основываясь на достоверности, полноте и актуальности следующих представленных застрахованным лицом сведений, которые имеют для страховщика существенное значение. | | | | | | | | | |
| **4.1. Укажите Ваши рост и вес** | ***Рост*** | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ см | ***Вес*** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кг | | |
| **4.2. Менялся ли Ваш вес более чем на 4 кг в большую или меньшую сторону за последний год** | ☐ Да | | ☐ Нет | | ***Если «Да», то укажите причины изменения массы тела***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **4.3. Употребляете ли Вы алкогольные напитки, как часто?** | ***Если «Да», то выберите*** | | | | | ***Если «Нет», то выберите*** | | | |
| ☐ Употребляю более 4-х раз в месяц | | | ☐ Употребляю менее 4-х раз в месяц | | ☐ Не употребляю более 3-х лет | | ☐ Не употребляю менее 3-х лет | |
| **4.4. Были ли у Вас когда-либо выявлены следующие обстоятельства, заболевания или их симптомы? Проходили ли Вы соответствующее лечение и/или обследование?**  **ВНИМАНИЕ!** При наличии хотя бы одного положительного ответа на вопросы, приведенные в настоящем разделе (4.4), договор страхования заключается только по отдельному согласованию, оформленному на официальном бланке  СПАО «Ингосстрах» с подписью ответственного сотрудника и печатью СПАО «Ингосстрах». | | | | | | | | | |
| **4.4.1. Получали ли Вы рекомендации от врачей о необходимости оформления группы инвалидности по состоянию здоровья (заболевания, травмы)? Обращались ли Вы когда-либо в государственные органы с заявлением об освидетельствовании Вас на группу инвалидности? Получаете/ получали ли Вы когда-нибудь пособие по инвалидности? Имеется/ имелась ли у Вас бессрочная/ срочная I, II или III группа инвалидности, инвалидность с детства?** | ☐ Да | | ☐ Нет | | ***Если «Да», то укажите детали***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **4.4.2. Состоите/ состояли ли Вы на учете у невролога, психиатра/ нарколога? Проходили ли Вы лечение в психоневрологических/ психиатрических/ наркологических клиниках? Лечились ли Вы когда-либо от алкоголизма, наркомании, токсикомании?** | ☐ Да | | ☐ Нет | | ***Если «Да», то укажите детали***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **4.4.3. У Вас когда-либо выявляли психические или нервные расстройства:** эпилептические или судорожные припадки, потеря сознания, параличи, парезы, состояния депрессии, бессонница, остеохондроз и др.? **Проходили ли Вы соответствующее лечение и/ или обследование?** | ☐ Да | | ☐ Нет | | ***Если «Да», то укажите детали***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **4.4.4. Имеются ли у Вас врожденные аномалии/ патологии?** | ☐ Да | | ☐ Нет | | ***Если «Да», то укажите детали***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **4.4.5. Проходили ли вы медицинское освидетельствование, лечение или исследования крови в связи с ВИЧ-инфекцией (СПИДом), гепатитами «В», «С», «D», заболеваниями, передающимися половым путем?** | ☐ Да | | ☐ Нет | | ***Если «Да», то укажите детали***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **4.5. У Вас когда-либо выявляли следующие заболевания или их симптомы? Проходили ли Вы соответствующее лечение и/ или обследование?** | | | | | | | | | |
| **4.5.1. Заболевания сердца**: пороки, ишемическая болезнь сердца (стенокардия, инфаркт), ревматизм, эндо- и/или миокардит, кардиомиопатия, боли за грудиной, одышка, нарушения сердечного ритма, шумы в сердце и др.? Проходили ли Вы обследования, направленные на выявление указанных заболеваний? | ☐ Да | | ☐ Нет | | ***Если «Да», то укажите детали***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **4.5.2. Заболевания сосудистой системы**: повышенное кровяное давление, гипертоническая болезнь, заболевания сосудов или нарушение кровообращения, в т.ч. тромбозы, аневризмы сосудов, эндартериит, варикозное расширение вен, атеросклероз, инсульт и др.? Проходили ли Вы обследования, направленные на выявление указанных заболеваний? | ☐ Да | | ☐ Нет | | ***Если «Да», то укажите детали***  ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***  ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** | | | | |
| **4.5.3. Болезни органов дыхания**: астма, хронический бронхит, хроническая пневмония, туберкулез, одышка, эмфизема легких, хроническая обструктивная болезнь легких, «Covid-19» и др.? Проходили ли Вы обследования, направленные на выявление указанных заболеваний? Подвергались ли Вы радио- или химиотерапии? | ☐ Да | | ☐ Нет | | ***Если «Да», то укажите детали***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **4.5.4. 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 и др.? Проходили ли Вы обследования, направленные на выявление указанных заболеваний? Подвергались ли Вы радио- или химиотерапии? | ☐ Да | | ☐ Нет | | ***Если «Да», то укажите детали***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **4.5.5. Заболевания эндокринной системы**: диабет, заболевания щитовидной железы, поджелудочной железы, гормональные нарушения, нарушения обмена веществ, тиреоидит, гипер- или гипотиреоз и др.? Проходили ли Вы обследования, направленные на выявление указанных заболеваний? | ☐ Да | | ☐ Нет | | ***Если «Да», то укажите детали***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **4.5.6. 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 её компонентов? Проходили ли Вы обследования, направленные на выявление указанных заболеваний? | ☐ Да | | ☐ Нет | | ***Если «Да», то укажите детали***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **4.5.7. Заболевания пищеварительной системы**: язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки; заболевания желчного пузыря, цирроз, хроническая печеночная недостаточность; поликистоз печени, поджелудочной железы, хронический панкреатит, хронический колит, гастрит; кровотечения и др.? Проходили ли Вы обследования, направленные на выявление указанных заболеваний? Подвергались ли Вы радио- или химиотерапии? | ☐ Да | | ☐ Нет | | ***Если «Да», то укажите детали***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **4.5.8. Вопрос для женщин**: беременны ли Вы сейчас? Были ли у Вас диагностированы какие-либо заболевания женских органов (молочных желез, яичников, матки)?Проходили ли Вы обследования, направленные на выявление указанных заболеваний? | ☐ Да | | ☐ Нет | | ***Если «Да», то укажите детали***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **5. ДЕКЛАРАЦИЯ** | | | | | | | | | |
| Подписывая настоящее Заявление на страхование Страхователь дает СПАО «Ингосстрах» (местонахождение: 115035, г. Москва, ул. Пятницкая, д. 12, стр. 2), именуемому далее в настоящем разделе «Страховщик», и иным указанным в настоящем разделе лицам согласие на обработку своих персональных данных, в т.ч. разрешенных для распространения, на условиях, изложенных в настоящем разделе, и гарантирует наличие аналогичных согласий иных лиц, персональные данные которых могут быть сообщены Страховщику в связи с настоящим Заявлением (включая застрахованных и тех лиц, которых планируется указать в качестве застрахованных).  Страхователь обязуется по требованию Страховщика в течение 1 (одного) рабочего дня предоставить Страховщику вышеуказанные согласия на обработку персональных данных в виде отдельных документов, составленных и оформленных в соответствии с законодательством Российской Федерации, способом, соответствующим требованиям законодательства Российской Федерации.  Страховщик вправе передавать вышеуказанные персональные данные своим аффилированным лицам и иным лицам (в т.ч. ООО «СК «Ингосстрах - Жизнь» (125171, г. Москва, Ленинградское ш., д. 16, стр. 9), ООО «СК «Ингосстрах-М» (117997, г. Москва, ул. Пятницкая, д. 12, стр. 2), АО УК «Ингосстрах- Инвестиции» (115035, г. Москва, ул. Пятницкая, д. 12, стр. 2), АО «НПФ «Социум» (119017, г. Москва, Голиковский пер., д. 7), ООО «Клиника ЛМС» (119146, г. Москва, Комсомольский пр-т, д. 28, эт. 1, 3 пом. III, VI), Банк СОЮЗ (АО) (127030, г. Москва, ул. Сущевская, д. 27, стр. 1), АО «НПФ «Ингосстрах-Пенсия» (119017, г. Москва, Голиковский пер., д. 7), АО «ФРЕЙТ ЛИНК» (123308, г. Москва, пр-т Маршала Жукова, д. 4), ООО «СДФ» (119019, г. Москва, Пречистенская наб., д. 45/1, стр. 4, эт. 2, пом. I, комн. 1, 2, 3, 4)), ООО «ТОЛКФИНАНС» (143026, г. Москва, тер Сколково инновационного центра, б-р Большой, д. 42, стр. 1, эт 0, пом 137, раб 28; ИНН: 7734387717)), медицинским и иным учреждениям в рамках добровольного медицинского страхования, а также компаниям, оказывающим Страховщику, его аффилированным и иным поименованным в настоящем разделе лицам маркетинговые услуги (в т.ч. услуги рекламораспространителя), ИТ-услуги, иные услуги, перестраховщикам по договорам перестрахования со Страховщиком. Такая передача может быть осуществлена в т.ч. посредством электронной почты, API (Application Programming Interface - интерфейс, который позволяет двум программам обмениваться информацией) или на материальных носителях (бумажных или электронных).  Персональные данные могут обрабатываться Страховщиком, его аффилированными и иными указанными в настоящем разделе лицами в целях исполнения договора страхования; формирования рекламных предложений услуг Страховщика, его аффилированных и иных поименованных в настоящем разделе лиц; продвижения услуг Страховщика, его аффилированных и иных поименованных в настоящем разделе лиц на рынке путем осуществления прямых контактов с потенциальным потребителем с помощью средств связи; определения размера убытков или ущерба; тестирования программного обеспечения; кредитного скоринга; направления рассылок в целях повышения уровня клиентоориентированности и лояльности (включая проведение исследований (опросов) в области сервисных услуг и их качества, предоставляемых Страховщиком, его аффилированными и иными поименованными в настоящем разделе лицами), а также информации об условиях продления договоров со Страховщиком, его аффилированными и иными поименованными в настоящем разделе лицами; в статистических целях; в целях продления договора; в целях проведения анализа и оценки страховых рисков; в целях обновления или дополнения персональных данных любыми сведениями из любых источников; в целях совершенствования процесса оказания услуг Страховщиком, его аффилированными и иными поименованными в настоящем разделе лицами.  Составляющие врачебную тайну сведения, полученные в рамках исполнения договоров добровольного медицинского страхования от медицинских учреждений и медицинских экспертов, могут быть использованы исключительно для целей исполнения договоров добровольного медицинского страхования; при этом указанные учреждения и эксперты в соответствующей части освобождаются от обязательства сохранять конфиденциальность указанных сведений.  Вышеуказанные согласия включают в себя также согласие на получение рекламных услуг Страховщика, его аффилированных и иных поименованных в настоящем разделе лиц, в т.ч. по сетям электросвязи и посредством использования телефонной связи, а также согласие на трансграничную передачу персональных данных.  Срок действия указанных в настоящем разделе согласий и разрешений составляет 50 (пятьдесят) лет с даты оформления настоящего заявления.  Вышеуказанные согласия могут быть отозваны полностью или частично Страхователем и иными субъектами персональных данных посредством передачи Страховщику соответствующих заявлений. Такие заявления могут быть переданы как на бумажном носителе за собственноручной подписью заявителя, так и посредством электронной почты (с указанием сведений, обязательных для включения в запрос на получение информации, касающейся обработки персональных данных), мобильного приложения Страховщика, личного кабинета на официальном сайте Страховщика. В случае подписания заявления представителем к заявлению должен быть приложен документ, подтверждающий соответствующие полномочия представителя (его сканированный образ).  Перечень персональных данных, на обработку которых даются вышеуказанные согласия: персональные данные, указанные в настоящем Заявлении и сообщенные дополнительно в связи с настоящим Заявлением и договорами со Страховщиком и иными поименованными в настоящем разделе лицами, а также полученные Страховщиком, его партнёрами и/или аффилированными и иными поименованными в настоящем пункте лицами при обновлении или дополнении персональных данных (в том числе фамилия, имя, отчество; дата и место рождения; гражданство; адрес; номер телефона, адрес электронной почты и иные контактные данные; пол; семейное, социальное, имущественное положение; сведения о наличии детей и иных лиц на иждивении; страна налогового резидентства; сведения об образовании, профессии, роде занятий, доходах, сбережениях и расходах; данные документа, удостоверяющего личность; данные документов, подтверждающих право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации; уникальный номер индивидуального лицевого счета, используемый для обработки сведений о физическом лице в системе индивидуального (персонифицированного) учета, а также для идентификации и аутентификации сведений о физическом лице при предоставлении государственных и муниципальных услуг и исполнении государственных и муниципальных функций (СНИЛС); сведения о заключенных договорах страхования (номер, дата заключения, период страхования; страховая сумма и пр.); номер участника программы лояльности; идентификатор клиента в информационной системе Страховщика; данные миграционной карты, визы; идентификационный номер налогоплательщика; реквизиты банковского счета; данные договора банковского счета; сведения о банковских операциях; страховой номер индивидуального лицевого счета; данные полисов добровольного и обязательного медицинского страхования; биометрические персональные данные; сведения, относящиеся к специальным категориям персональных данных; сведения о состоянии здоровья и иные сведения, составляющие врачебную тайну, полученные от медицинских работников, медицинских экспертов и медицинских организаций, из иных источников; иные сведения).  Перечень действий с персональными данными, на совершение которых даются вышеуказанные согласия: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.  Обработка персональных данных может производиться с использованием средств автоматизации или без использования таких средств.  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.  Я настоящим подтверждаю, что страховщиком была предоставлена возможность выбора программы страхования/любых событий, их совокупности или любой их комбинации, в том числе при страховании от несчастных случаев и болезней.  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 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.  Также разрешаю любому сотруднику СПАО «Ингосстрах» (Страховщика), принимающему решение по вопросу заключения договора личного страхования и/или рассмотрения заявленного страхового события, произошедшего в рамках договора личного страхования, 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 организациях, страховых организациях, Федеральном фонде обязательного медицинского страхования (далее - ФОМС), любом территориальном подразделении ФОМС и у других операторов персональных данных, медицинских экспертов, организаций и учреждений, в которые я обращался(лась), состоял(а), на учете и/или проходил(а) обследование и/или лечение, любые 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, данные об обращениях за медицинской помощью, результаты всех проведенных анализов и иных исследований, сведения о диагнозе, течении заболевания, оперативных вмешательствах и иные сведения, составляющие врачебную тайну, а также даю согласие указанным в настоящем абзаце лицам (включая ФОМС, медицинские организации и медицинских экспертов) предоставлять вышеуказанному сотруднику СПАО «Ингосстрах» (Страховщика) доступ к медицинской документации и иным сведениям, составляющим врачебную тайну, необходимым для рассмотрения вопроса о выплате страхового обеспечения и (или) заключении договора страхования. | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| Также разрешаю любому сотруднику любого медицинского учреждения, в которые я обращался(лась), состоял(а), на учете и/или проходил(а) обследование и/или лечение, а также любым страховым компаниям и иным лицам, имеющим информацию о состоянии моего здоровья и иную связанную со мной информацию, составляющую врачебную тайну, выдавать (в том числе после моей смерти) вышеуказанные документы, сведения, выписки и другие документы и материалы, составляющие врачебную тайну, любому сотруднику СПАО «Ингосстрах», принимающему решение по вопросу заключения договора личного страхования и/или рассмотрения заявленного страхового события в рамках договора личного страхования. |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Подпись | ФИО |

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

**Приложение к заявлению**

Прошу СПАО «Ингосстрах», с учетом условий, указанных в настоящем заявлении, заключить договор (осуществлять последовательное заключение договоров) добровольного страхования имущественных интересов, связанных с:

|  |
| --- |
| ☐ риском причинения вреда здоровью названного в настоящем заявлении лица (застрахованного лица), а также его смерти в результате несчастного случая или болезни (за исключением предшествующих состояний и их последствий1)[[2]](#footnote-2)  ☐ риском причинения вреда здоровью названного в настоящем заявлении лица (застрахованного лица), а также его смерти в результате несчастного случая или болезни в результате предшествующих состояний и их последствий1 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. ДАННЫЕ О ЗАСТРАХОВАННОМ ЛИЦЕ** | | | | | | |
| ***Заполняется каждым застрахованным лицом при страховании риска причинения вреда здоровью застрахованного лица, а также его смерти в результате несчастного случая или болезни***  **ВНИМАНИЕ!** Страховщик заключает договор страхования, основываясь на достоверности, полноте и актуальности следующих представленных застрахованным лицом сведений, которые имеют для страховщика существенное значение. | | | | | | |
| **1.1. ФИО** |  | | | | | |
| **1.2. Дата рождения** |  | | | | | |
| **1.3. Паспортные данные** | Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Код подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **1.4. Адрес постоянной регистрации** |  | | | | | |
| **1.5. Телефон** | + 7 (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; + 7 (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  + 7 (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; + 7 (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **1.6. Адрес электронной почты** |  | | | | | |
| **1.7. Укажите Ваши рост и вес** | ***Рост*** | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ см** | ***Вес*** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кг** | |
| **1.8. Менялся ли Ваш вес более чем на 4 кг в большую или меньшую сторону за последний год** | **☐ Да** | **☐ Нет** | ***Если «Да», то укажите причины изменения массы тела***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **1.9. Употребляете ли Вы алкогольные напитки, как часто?** | ***Если «Да», то выберите*** | | | ***Если «Нет», то выберите*** | | |
| ☐ Употребляю более 4-х раз в месяц | | ☐ Употребляю менее 4-х раз в месяц | ☐ Не употребляю более 3-х лет | | ☐ Не употребляю менее 3-х лет |
| **1.10. Были ли у Вас когда-либо выявлены следующие обстоятельства, заболевания или их симптомы? Проходили ли Вы соответствующее лечение и/или обследование?**  **ВНИМАНИЕ!** При наличии хотя бы одного положительного ответа на вопросы, приведенные в настоящем разделе (1.10), договор страхования заключается только по отдельному согласованию, оформленному на официальном бланке  СПАО «Ингосстрах» с подписью ответственного сотрудника и печатью СПАО «Ингосстрах». | | | | | | |
| **1.10.1. Получали ли Вы рекомендации от врачей о необходимости оформления группы инвалидности по состоянию здоровья (заболевания, травмы)? Обращались ли Вы когда-либо в государственные органы с заявлением об освидетельствовании Вас на группу инвалидности? Получаете/ получали ли Вы когда-нибудь пособие по инвалидности? Имеется/ имелась ли у Вас бессрочная/ срочная I, II или III группа инвалидности, инвалидность с детства?** | **☐ Да** | **☐ Нет** | ***Если «Да», то укажите детали***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **1.10.2. Состоите/ состояли ли Вы на учете у невролога, психиатра/ нарколога? Проходили ли Вы лечение в психоневрологических/ психиатрических/ наркологических клиниках? Лечились ли Вы когда-либо от алкоголизма, наркомании, токсикомании?** | **☐ Да** | **☐ Нет** | ***Если «Да», то укажите детали***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **1.10.3. У Вас когда-либо выявляли психические или нервные расстройства:** эпилептические или судорожные припадки, потеря сознания, параличи, парезы, состояния депрессии, бессонница, остеохондроз и др.? **Проходили ли Вы соответствующее лечение и/ или обследование?** | **☐ Да** | **☐ Нет** | ***Если «Да», то укажите детали***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **1.10.4. Имеются ли у Вас врожденные аномалии/ патологии?** | **☐ Да** | **☐ Нет** | ***Если «Да», то укажите детали***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **1.10.5. Проходили ли вы медицинское освидетельствование, лечение или исследования крови в связи с ВИЧ-инфекцией (СПИДом), гепатитами «В», «С», «D», заболеваниями, передающимися половым путем?** | **☐ Да** | **☐ Нет** | ***Если «Да», то укажите детали***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **1.11. У Вас когда-либо выявляли следующие заболевания или их симптомы? Проходили ли Вы соответствующее лечение и/ или обследование?** | | | | | | |
| **1.11.1. Заболевания сердца**: пороки, ишемическая болезнь сердца (стенокардия, инфаркт), ревматизм, эндо- и/или миокардит, кардиомиопатия, боли за грудиной, одышка, нарушения сердечного ритма, шумы в сердце и др.? Проходили ли Вы обследования, направленные на выявление указанных заболеваний? | **☐ Да** | **☐ Нет** | ***Если «Да», то укажите детали***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **1.11.2. Заболевания сосудистой системы**: повышенное кровяное давление, гипертоническая болезнь, заболевания сосудов или нарушение кровообращения, в т.ч. тромбозы, аневризмы сосудов, эндартериит, варикозное расширение вен, атеросклероз, инсульт и др.? Проходили ли Вы обследования, направленные на выявление указанных заболеваний? | **☐ Да** | **☐ Нет** | ***Если «Да», то укажите детали***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **1.11.3. Болезни органов дыхания**: астма, хронический бронхит, хроническая пневмония, туберкулез, одышка, эмфизема легких, хроническая обструктивная болезнь легких, «Covid-19» и др.? Проходили ли Вы обследования, направленные на выявление указанных заболеваний? Подвергались ли Вы радио- или химиотерапии? | **☐ Да** | **☐ Нет** | ***Если «Да», то укажите детали***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **1.11.4. 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 и др.? Проходили ли Вы обследования, направленные на выявление указанных заболеваний? Подвергались ли Вы радио- или химиотерапии? | **☐ Да** | **☐ Нет** | ***Если «Да», то укажите детали***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **1.11.5. Заболевания эндокринной системы**: диабет, заболевания щитовидной железы, поджелудочной железы, гормональные нарушения, нарушения обмена веществ, тиреоидит, гипер- или гипотиреоз и др.? Проходили ли Вы обследования, направленные на выявление указанных заболеваний? | **☐ Да** | **☐ Нет** | ***Если «Да», то укажите детали***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **1.11.6. 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 её компонентов? Проходили ли Вы обследования, направленные на выявление указанных заболеваний? | **☐ Да** | **☐ Нет** | ***Если «Да», то укажите детали***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **1.11.7. Заболевания пищеварительной системы**: язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки; заболевания желчного пузыря, цирроз, хроническая печеночная недостаточность; поликистоз печени, поджелудочной железы, хронический панкреатит, хронический колит, гастрит; кровотечения и др.? Проходили ли Вы обследования, направленные на выявление указанных заболеваний? Подвергались ли Вы радио- или химиотерапии? | **☐ Да** | **☐ Нет** | ***Если «Да», то укажите детали***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **1.11.8. Вопрос для женщин**: беременны ли Вы сейчас? Были ли у Вас диагностированы какие-либо заболевания женских органов (молочных желез, яичников, матки)?Проходили ли Вы обследования, направленные на выявление указанных заболеваний? | **☐ Да** | **☐ Нет** | ***Если «Да», то укажите детали***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **2. ДЕКЛАРАЦИЯ** | | | | | | |
| Подписывая настоящее Заявление на страхование Страхователь дает СПАО «Ингосстрах» (местонахождение: 115035, г. Москва, ул. Пятницкая, д. 12, стр. 2), именуемому далее в настоящем разделе «Страховщик», и иным указанным в настоящем разделе лицам согласие на обработку своих персональных данных, в т.ч. разрешенных для распространения, на условиях, изложенных в настоящем разделе, и гарантирует наличие аналогичных согласий иных лиц, персональные данные которых могут быть сообщены Страховщику в связи с настоящим Заявлением (включая застрахованных и тех лиц, которых планируется указать в качестве застрахованных).  Страхователь обязуется по требованию Страховщика в течение 1 (одного) рабочего дня предоставить Страховщику вышеуказанные согласия на обработку персональных данных в виде отдельных документов, составленных и оформленных в соответствии с законодательством Российской Федерации, способом, соответствующим требованиям законодательства Российской Федерации.  Страховщик вправе передавать вышеуказанные персональные данные своим аффилированным лицам и иным лицам (в т.ч. ООО «СК «Ингосстрах - Жизнь» (125171, г. Москва, Ленинградское ш., д. 16, стр. 9), ООО «СК «Ингосстрах-М» (117997, г. Москва, ул. Пятницкая, д. 12, стр. 2), АО УК «Ингосстрах- Инвестиции» (115035, г. Москва, ул. Пятницкая, д. 12, стр. 2), АО «НПФ «Социум» (119017, г. Москва, Голиковский пер., д. 7), ООО «Клиника ЛМС» (119146, г. Москва, Комсомольский пр-т, д. 28, эт. 1, 3 пом. III, VI), Банк СОЮЗ (АО) (127030, г. Москва, ул. Сущевская, д. 27, стр. 1), АО «НПФ «Ингосстрах-Пенсия» (119017, г. Москва, Голиковский пер., д. 7), АО «ФРЕЙТ ЛИНК» (123308, г. Москва, пр-т Маршала Жукова, д. 4), ООО «СДФ» (119019, г. Москва, Пречистенская наб., д. 45/1, стр. 4, эт. 2, пом. I, комн. 1, 2, 3, 4)), ООО «ТОЛКФИНАНС» (143026, г. Москва, тер Сколково инновационного центра, б-р Большой, д. 42, стр. 1, эт 0, пом 137, раб 28; ИНН: 7734387717)), медицинским и иным учреждениям в рамках добровольного медицинского страхования, а также компаниям, оказывающим Страховщику, его аффилированным и иным поименованным в настоящем разделе лицам маркетинговые услуги (в т.ч. услуги рекламораспространителя), ИТ-услуги, иные услуги, перестраховщикам по договорам перестрахования со Страховщиком. Такая передача может быть осуществлена в т.ч. посредством электронной почты, API (Application Programming Interface - интерфейс, который позволяет двум программам обмениваться информацией) или на материальных носителях (бумажных или электронных).  Персональные данные могут обрабатываться Страховщиком, его аффилированными и иными указанными в настоящем разделе лицами в целях исполнения договора страхования; формирования рекламных предложений услуг Страховщика, его аффилированных и иных поименованных в настоящем разделе лиц; продвижения услуг Страховщика, его аффилированных и иных поименованных в настоящем разделе лиц на рынке путем осуществления прямых контактов с потенциальным потребителем с помощью средств связи; определения размера убытков или ущерба; тестирования программного обеспечения; кредитного скоринга; направления рассылок в целях повышения уровня клиентоориентированности и лояльности (включая проведение исследований (опросов) в области сервисных услуг и их качества, предоставляемых Страховщиком, его аффилированными и иными поименованными в настоящем разделе лицами), а также информации об условиях продления договоров со Страховщиком, его аффилированными и иными поименованными в настоящем разделе лицами; в статистических целях; в целях продления договора; в целях проведения анализа и оценки страховых рисков; в целях обновления или дополнения персональных данных любыми сведениями из любых источников; в целях совершенствования процесса оказания услуг Страховщиком, его аффилированными и иными поименованными в настоящем разделе лицами.  Составляющие врачебную тайну сведения, полученные в рамках исполнения договоров добровольного медицинского страхования от медицинских учреждений и медицинских экспертов, могут быть использованы исключительно для целей исполнения договоров добровольного медицинского страхования; при этом указанные учреждения и эксперты в соответствующей части освобождаются от обязательства сохранять конфиденциальность указанных сведений.  Вышеуказанные согласия включают в себя также согласие на получение рекламных услуг Страховщика, его аффилированных и иных поименованных в настоящем разделе лиц, в т.ч. по сетям электросвязи и посредством использования телефонной связи, а также согласие на трансграничную передачу персональных данных.  Срок действия указанных в настоящем разделе согласий и разрешений составляет 50 (пятьдесят) лет с даты оформления настоящего заявления.  Вышеуказанные согласия могут быть отозваны полностью или частично Страхователем и иными субъектами персональных данных посредством передачи Страховщику соответствующих заявлений. Такие заявления могут быть переданы как на бумажном носителе за собственноручной подписью заявителя, так и посредством электронной почты (с указанием сведений, обязательных для включения в запрос на получение информации, касающейся обработки персональных данных), мобильного приложения Страховщика, личного кабинета на официальном сайте Страховщика. В случае подписания заявления представителем к заявлению должен быть приложен документ, подтверждающий соответствующие полномочия представителя (его сканированный образ).  Перечень персональных данных, на обработку которых даются вышеуказанные согласия: персональные данные, указанные в настоящем Заявлении и сообщенные дополнительно в связи с настоящим Заявлением и договорами со Страховщиком и иными поименованными в настоящем разделе лицами, а также полученные Страховщиком, его партнёрами и/или аффилированными и иными поименованными в настоящем пункте лицами при обновлении или дополнении персональных данных (в том числе фамилия, имя, отчество; дата и место рождения; гражданство; адрес; номер телефона, адрес электронной почты и иные контактные данные; пол; семейное, социальное, имущественное положение; сведения о наличии детей и иных лиц на иждивении; страна налогового резидентства; сведения об образовании, профессии, роде занятий, доходах, сбережениях и расходах; данные документа, удостоверяющего личность; данные документов, подтверждающих право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации; уникальный номер индивидуального лицевого счета, используемый для обработки сведений о физическом лице в системе индивидуального (персонифицированного) учета, а также для идентификации и аутентификации сведений о физическом лице при предоставлении государственных и муниципальных услуг и исполнении государственных и муниципальных функций (СНИЛС); сведения о заключенных договорах страхования (номер, дата заключения, период страхования; страховая сумма и пр.); номер участника программы лояльности; идентификатор клиента в информационной системе Страховщика; данные миграционной карты, визы; идентификационный номер налогоплательщика; реквизиты банковского счета; данные договора банковского счета; сведения о банковских операциях; страховой номер индивидуального лицевого счета; данные полисов добровольного и обязательного медицинского страхования; биометрические персональные данные; сведения, относящиеся к специальным категориям персональных данных; сведения о состоянии здоровья и иные сведения, составляющие врачебную тайну, полученные от медицинских работников, медицинских экспертов и медицинских организаций, из иных источников; иные сведения).  Перечень действий с персональными данными, на совершение которых даются вышеуказанные согласия: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.  Обработка персональных данных может производиться с использованием средств автоматизации или без использования таких средств.  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.  Я настоящим подтверждаю, что страховщиком была предоставлена возможность выбора программы страхования/любых событий, их совокупности или любой их комбинации, в том числе при страховании от несчастных случаев и болезней.  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 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. | | | | | | |

|  |
| --- |
| Также разрешаю любому сотруднику СПАО «Ингосстрах» (Страховщика), принимающему решение по вопросу заключения договора личного страхования и/или рассмотрения заявленного страхового события, произошедшего в рамках договора личного страхования, 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 организациях, страховых организациях, Федеральном фонде обязательного медицинского страхования (далее - ФОМС), любом территориальном подразделении ФОМС и у других операторов персональных данных, медицинских экспертов, организаций и учреждений, в которые я обращался(лась), состоял(а), на учете и/или проходил(а) обследование и/или лечение, любые 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, данные об обращениях за медицинской помощью, результаты всех проведенных анализов и иных исследований, сведения о диагнозе, течении заболевания, оперативных вмешательствах и иные сведения, составляющие врачебную тайну, а также даю согласие указанным в настоящем абзаце лицам (включая ФОМС, медицинские организации и медицинских экспертов) предоставлять вышеуказанному сотруднику СПАО «Ингосстрах» (Страховщика) доступ к медицинской документации и иным сведениям, составляющим врачебную тайну, необходимым для рассмотрения вопроса о выплате страхового обеспечения и (или) заключении договора страхования.  Также разрешаю любому сотруднику любого медицинского учреждения, в которые я обращался(лась), состоял(а), на учете и/или проходил(а) обследование и/или лечение, а также любым страховым компаниям и иным лицам, имеющим информацию о состоянии моего здоровья и иную связанную со мной информацию, составляющую врачебную тайну, выдавать (в том числе после моей смерти) вышеуказанные документы, сведения, выписки и другие документы и материалы, составляющие врачебную тайну, любому сотруднику СПАО «Ингосстрах», принимающему решение по вопросу заключения договора личного страхования и/или рассмотрения заявленного страхового события в рамках договора личного страхования. |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Подпись | ФИО |

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

1. 1***Предшествующее состояние*** – любое нарушение здоровья (расстройство, заболевание), телесное повреждение (травма), увечье, врожденная или приобретенная патология, хроническое или острое заболевание, психическое или нервное расстройство, которое уже было диагностировано у застрахованного лица на дату оформления настоящего заявления, либо проявлявшееся в течение 12 (двенадцати) месяцев до оформления настоящего заявления, или симптомы которого имелись у застрахованного лица на дату оформления настоящего заявления. Такие состояния также включают в себя любые осложнения или последствия, связанные с указанными состояниями. [↑](#footnote-ref-1)
2. 1***Предшествующее состояние*** – любое нарушение здоровья (расстройство, заболевание), телесное повреждение (травма), увечье, врожденная или приобретенная патология, хроническое или острое заболевание, психическое или нервное расстройство, которое уже было диагностировано у застрахованного лица на дату оформления настоящего заявления, либо проявлявшееся в течение 12 (двенадцати) месяцев до оформления настоящего заявления, или симптомы которого имелись у застрахованного лица на дату оформления настоящего заявления. Такие состояния также включают в себя любые осложнения или последствия, связанные с указанными состояниями. [↑](#footnote-ref-2)