

**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)