

**Заявление на страхование**

Прошу СПАО «Ингосстрах», с учетом условий, указанных в настоящем заявлении, заключить договор добровольного страхования имущественных интересов, связанных с:

[ ] риском причинения вреда здоровью страхователя или другого названного в настоящем заявлении лица (застрахованного лица), а также его смерти в результате несчастного случая или болезни.

**ВНИМАНИЕ:** СПАО «Ингосстрах» может запрашивать дополнительную информацию в период действия договора страхования. Страхователь обязуется представлять такую информацию.

|  |
| --- |
| **1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О СТРАХОВАТЕЛЕ/ЗАЛОГОДАТЕЛЕ** |
| 1.1. ФИО |       |
| 1.2. Дата рождения |       |
| 1.3. Паспортные данные | серия      номер      выдан     дата выдачи                код подразделения                |
| 1.4. Адрес | постоянной регистрации |       |
| фактического проживания | [ ] соответствует адресу регистрации[ ] иной адрес      |
| 1.5.Телефон (желательно указать несколько номеров)  |       |
| 1.6. Адрес электронной почты |       |
| 1.7. Гражданство |       |
| 1.8. Вид на жительство | номер     дата принятия решения о выдаче «     »     20     г.дата выдачи «     »     20      г. действителен по «     »     20     г. |
| 1.9. Пол | [ ] мужской [ ] женский |
| **2. СВЕДЕНИЯ О ЗАНЯТОСТИ СТРАХОВАТЕЛЯ**  |
| 2.1. Место работы (наименование работодателя) |       |
| 2.2. Должность, профессия |       |
| 2.3.Юридический адрес, телефон |       |
|       |
| **3. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ДОГОВОРА С КРЕДИТНОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ** |
| 3.1. Наименование кредитной организации, (местонахождение – город) |       |
| 3.2.Номер и дата кредитного договора |       |
| 3.3. Размер кредита/остаток задолженности по кредиту |       |
| 3.4. Годовая процентная ставка (%) |       |
| 3.5. Срок кредитования (мес.) |       |
| 3.6. Планируемая дата начала страхования | «     »     20     г. |
| 3.7. Доли заемщика и созаемщика в общей сумме задолженности (*данное соотношение устанавливается банком*) | доля заемщика                                               -      %(ФИО) доля созаемщика-1                                               -      %(ФИО)доля созаемщика-2                                               -      %(ФИО) |
| 3.8. Представители страхователя | банка (ФИО, телефон, адрес электронной почты) |       |
| риелтор/ ипотечный брокер (ФИО, телефон, адрес электронной почты) |       |
| **4. ДАННЫЕ О ЗАСТРАХОВАННОМ ЛИЦЕ** |
| *Заполняется каждым застрахованным лицом лично при страховании риска причинения вреда здоровью застрахованного лица, а также его смерти в результате несчастного случая или болезни*  |
| 4.1.ФИО (не заполняется если застрахованное лицо является страхователем/залогодателем) |       |
| 4.2. Дата рождения  |       |
| 4.3.Паспортные данные (не заполняется если застрахованное лицо является страхователем/ залогодателем) | серия      номер      выдан     дата выдачи                код подразделения                |
| 4.4. Должность, профессия, характер выполняемой работы |       |
| 4.5.Укажите Ваши рост      см вес     кгИзменение веса более чем на 4 кг за последний год? | [ ] да  | [ ] нет | Если «да», то укажите причины изменения массы тела           |
| 4.6. Курите ли Вы?  | [ ] да | [ ] нет | Количество сигарет в день     Как давно курите     Как давно прекратили курить      |
| 4.7. Употребляете ли Вы алкогольные напитки? | [ ] да | [ ] нет | Если «да», то укажите детали (за неделю, в мл.):  [ ] пиво       [ ] вино        [ ] крепкие напитки (> 40%)      |
| 4.8. **Были ли у Вас когда-либо выявлены следующие заболевания или их симптомы, проходили ли Вы лечение и/или обследование?** Если «Да», укажите даты, диагноз, симптомы, жалобы и подробности |
| 1. **Заболевания сердца**: пороки, ишемическая болезнь сердца (стенокардия, инфаркт), ревматизм, эндо- и/или миокардит; боли за грудиной, одышка, нарушения сердечного ритма, шумы в сердце и др.
 | [ ] да | [ ] нет | если «да», то укажите детали      |
| 1. **Заболевания сосудистой системы:** повышенное кровяное давление, артериальная гипертензия (гипертоническая болезнь), заболевания сосудов или нарушение кровообращения (в т.ч. тромбозы, аневризмы сосудов, эндартериит, варикозное расширение вен, атеросклероз, инсульт и др.
 | [ ] да | [ ] нет | если «да», то укажите детали      |
| 1. **Болезни органов дыхания:** астма, хронический бронхит, хроническая пневмония, туберкулез, одышка, эмфизема легких, хроническая обструктивная болезнь легких и др**.**
 | [ ] да | [ ] нет | если «да», то укажите детали      |
| 1. **Заболевания пищеварительной системы:** язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки; заболевания желчного пузыря, печени, поджелудочной железы, хронический панкреатит, хронический колит, гастрит; кровотечения и др.?
 | [ ] да | [ ] нет | если «да», то укажите детали      |
| 1. **Заболевания почек или мочеполовой системы:** хронический пиелонефрит, нефрит, врожденная патология почек, аденома предстательной железы, частые отеки, камни в почках, белок и/или кровь в моче, гломерулонефрит др.
 | [ ] да | [ ] нет | если «да», то укажите детали      |
| 1. **Заболевания уха, горла, носа:** отит, тонзиллит, ларингит, ринит, частые ангины, шум в ушах, снижение слуха и т.п., исключая обычные простуды, грипп и детские инфекционные болезни и др.
 | [ ] да | [ ] нет | если «да», то укажите детали      |
| 1. **Заболевания глаз:** близорукость с коррекцией зрения - 6.0 и выше, заболевания глаз, травмы глаз и др.
 | [ ] да | [ ] нет | если «да», то укажите детали      |
| 1. **Психические или нервные расстройства:** эпилептические или судорожные припадки, потеря сознания, параличи, парезы, состояния депрессии, бессонница; остеохондроз и пр.?

Состоите ли Вы/состояли на учете у невролога, психиатра; проходили ли лечение в неврологических, психоневрологических/психиатрических клиниках? Лечились ли Вы когда-либо от алкоголизма, наркомании, токсикомании? Делали ли Вы попытки к самоубийству? Находились ли в реанимационном отделении? | [ ] да | [ ] нет | если «да», то укажите детали      |
| 1. **Заболевания опорно-двигательного аппарата:** остеопороз, остеохондроз, остеомиелит, подагра, артроз, артриты, радикулит, смещение дисков и/или позвонков, ограничение двигательных функций (в т.ч. паралич), ампутация, врожденная патология и др.
 | [ ] да  | [ ] нет | если «да», то укажите детали      |
| 1. **Заболевания кожи:** псориаз, эритема и др.
 | [ ] да | [ ] нет | если «да», то укажите детали      |
| 1. **Травмы опорно-двигательного аппарата** (мышц, костей, суставов, позвоночника, головы и т.д.) и внутренних органов.
 | [ ] да | [ ] нет | если «да», то укажите детали      |
| 1. **Заболевания эндокринной системы:** диабет, заболевания щитовидной железы, поджелудочной железы, гормональные нарушения, нарушения обмена веществ, тиреоидит, гипер- или гипотиреоз и/или другие болезни эндокринной системы?
 | [ ] да | [ ] нет | если «да», то укажите детали      |
| 1. **Заболевания крови, лимфатической системы, онкологические заболевания и опухоли:** новообразования (опухоли злокачественные или доброкачественные), в т.ч., заболевания крови, кроветворных органов (включая лимфомы, анемии, лейкозы) и др.

Подвергались ли Вы радио- или химиотерапии? Проводились ли переливания крови и их компонентов? Системные заболевания (склеродермия, красная волчанка, и др.?) | [ ] да | [ ] нет | если «да», то укажите детали      |
| 4.9. Проходили ли вы медицинское освидетельствование, лечение или исследования крови в связи с ВИЧ-инфекцией (СПИДом), гепатитами «В», «С», «Д»; заболеваниями передающимися половым путем?  | [ ] да | [ ] нет | если «да», то укажите детали      |
| 4.10. Проходили ли Вы специальные обследования (рентген, маммография, КТ, МРТ, ПЭТ ЭКГ, ЭХОКГ, ангиография сосудов, биопсия, гистологическое исследование, УЗИ и т.п.) в связи с заболеваниями или подозрениями на заболевания за последние 5 лет (если “Да”, укажите даты и подробности)? | [ ] да | [ ] нет | если «да», то укажите детали      |
| 4.11. Получали ли Вы рекомендации от врачей о необходимости оформления группы инвалидности по состоянию здоровья (заболевания, травмы)? | [ ] да | [ ] нет | если «да», то укажите детали      |
| 4.12. Обращались ли Вы когда-либо в Федеральное Государственное Учреждение «Главного бюро медико-социальной экспертизы» по месту жительства, регистрации с заявлением об освидетельствовании Вас на группу инвалидности? | [ ] да | [ ] нет | если «да», то укажите детали      |
| 4.13. Получали ли Вы когда-нибудь/получаете пособие по инвалидности? | [ ] да | [ ] нет | если «да», то укажите детали      |
| 4.14. Страдали ли от диабета, рака, инсульта, заболеваний сердца или болезней почек Ваши родители, братья или сестры, живые или умершие в возрасте до 60 лет? | [ ] да | [ ] нет | если «да», то укажите детали      |
| 4.15. **Вопросы для женщин:** а) Были ли у Вас диагностированы какие-либо заболевания женских органов (молочных желез, яичников, матки)? б) Беременны ли вы сейчас (если «Да», то укажите срок беременности)? | [ ] да | [ ] нет | если «да», то укажите детали       |
| [ ] да | [ ] нет | если «да», то укажите детали      |
| 4.16. Пожалуйста, укажите даты и подробности всех других событий медицинского характера, заболеваний, операций, госпитализаций, ранений (включая несчастные случаи и их последствия), не указанных Вами выше, по которым Вы проходили/проходите обследование или лечение. | укажите детали      |
| 4.17.Укажите название и адрес медицинского учреждения в котором Вы обслуживаетесь / обслуживались ранее. | укажите детали      |
| 4.18. Было ли ранее отказано в заключении договора страхования по рискам жизни, здоровья и/или трудоспособности ? | [ ] да | [ ] нет | если «да», то укажите детали       |
| **5. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ** |
| 5.1.Имеются ли у Вас действующие договоры ипотечного страхования в СПАО «Ингосстрах» по:* страхованию рисков утраты (гибели) или повреждения имущества
 | [ ] да  | [ ] нет |
| * страхованию риска причинения вреда здоровью, а также смерти в результате несчастного случая или болезни
 | [ ] да  | [ ] нет |
| * страхованию рисков полной либо частичной утраты застрахованного имущества в результате прекращения либо ограничения права собственности на него
 | [ ] да | [ ] нет |
| * страхованию рисков наступления ответственности за причинение вреда жизни, здоровью или имуществу физических лиц, имуществу юридических лиц, муниципальных образований, субъектов РФ или РФ
 | [ ] да  | [ ] нет |
|  **6. ДЕКЛАРАЦИЯ** |
|  ФИО |       |
|  Дата рождения |       |
| Паспортные данные | серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код подразделения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Подписывая настоящее Заявление на страхование Страхователь дает Страховщику и иным указанным в настоящем пункте лицам согласие на обработку своих персональных данных, в т.ч. разрешенных для распространения, на условиях, изложенных в настоящем пункте, и гарантирует наличие аналогичных согласий иных лиц, персональные данные которых могут быть сообщены Страховщику в связи с настоящим Заявлением. 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)), медицинским и иным учреждениям в рамках добровольного медицинского страхования, а также компаниям, оказывающим Страховщику, его аффилированным и иным поименованным в настоящем пункте лицам маркетинговые услуги (в т.ч. услуги рекламораспространителя), ИТ-услуги, иные услуги. Такая передача может быть осуществлена посредством электронной почты или на материальных носителях (бумажных или электронных).Персональные данные могут обрабатываться Страховщиком и иными указанными в настоящем пункте лицами в целях исполнения настоящего договора; формирования рекламных предложений услуг Страховщика, его аффилированных и иных поименованных в настоящем пункте лиц; продвижения услуг Страховщика, его аффилированных и иных поименованных в настоящем пункте 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 пункте лицами), а также информации об условиях продления договоров со Страховщиком, его аффилированными и иными поименованными в настоящем пункте 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 пункте лицами. Cоставляющие 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 рекламы услуг Страховщика, его аффилированных и иных поименованных в настоящем пункте лиц, в т.ч. по сетям электросвязи и посредством использования телефонной связи, а также согласие на трансграничную передачу персональных данных.  Страхователь (Застрахованный) разрешает любому сотруднику СПАО «Ингосстрах», принимающему решение по вопросу заключения договора личного страхования и/или рассмотрения заявленного страхового события по личному страхованию, в соответствии со статьей 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» запрашивать и получать в медицинских учреждениях, страховых компаниях, право Федеральному Фонду обязательного медицинского страхования (далее - ФОМС), любом ином территориальном ФОМС РФ и у других операторов персональных данных и учреждений, в которые я обращался(лась), состоял(а), на учете и/или проходил(а) обследование и/или лечение, документы и сведения, в том числе выписки из медицинских документов и копии медицинских документов, оформленные в установленном порядке, а также всю необходимую информацию касательно состояния моего здоровья, данные об обращениях за медицинской помощью, результатов всех проведенных анализов и иных исследований, диагнозе, течения заболевания, оперативных вмешательств и иных сведений, составляющих врачебную тайну, а также предоставлять вышеуказанному сотруднику СПАО «Ингосстрах» доступ к медицинской документации, необходимой для рассмотрения вопроса о выплате страхового обеспечения. Страхователь (Застрахованный) разрешает любому сотруднику любого медицинского учреждения, в которые я обращался(лась), состоял(а), на учете и/или проходил(а) обследование и/или лечение, в т.ч. любым страховым компаниям имеющим вышеуказанную информацию, выдавать (в том числе после моей смерти) вышеуказанные документы, сведения, выписки и другие документы, составляющие врачебную тайну, любому сотруднику СПАО «Ингосстрах», принимающему решение по вопросу заключения договора личного страхования и/или рассмотрения заявленного страхового события по личному страхованию.Страхователь (Застрахованный) отказывается от каких-либо претензий по поводу передачи вышеназванной информации СПАО «Ингосстрах» его перестраховщикам.Срок действия указанных согласий составляет 50 (Пятьдесят) лет с даты заключения настоящего договора. 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, 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; 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. |
|       |       |       |
| **подпись** | **ФИО** |

«     »     20     г.