

**Заявление на страхование**

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

риском утраты (гибели) или повреждения имущества;

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

**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. 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* | | | | | | | | |
| 4.1. Объект страхования | | | | квартира жилой дом нежилая недвижимость таунхаус  комната в квартире комната в жилом доме  коммерческая недвижимость  объект незавершенного строительства земельный участок | | | | |
| 4.2. Адрес объекта страхования /  кадастровый номер (для земельного участка) | | | |  | | | | |
| 4.3. Характеристики объекта страхования | | | | год постройки | | процент износа конструктивных элементов            (если известно) | | |
| общая площадь (помещения)           м2 | | общая площадь (земельный участок)           соток(ки) | | |
| 4.4. Страховая стоимость *(согласно отчету об оценке, договору купли-продажи)* | | | | RUR  EUR USD | | | | |
| 4.5. Материал стен и перекрытий  (не заполняется для земельных участков) | | | | **перекрытий:** деревянные  железобетонные  смешанные  **стен**: деревянные железобетонные смешанные кирпич | | | | |
| 4.6. Наличие пожароопасных объектов  (не заполняется для земельных участков) | | | | cауна камин печь котел | | | | |
| **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.