|  |  |
| --- | --- |
| https://reso.ru/export/sites_reso/About/Presentations/logo_reso_2019.jpg | Приложение №1**ЗАЯВЛЕНИЕ** на страхование от несчастных случаев или болезней по полису «ЗАЕМЩИК» |

Сведения, изложенные в настоящем заявлении, имеют существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Заполнить пропуски и отметить нужное знаком [x]**  | Валюта договора | **[x]** российские рубли |

## Дата оформления заявления:       г.

## Сведения о Заявителе (Страхователе):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **ФИО**:       |
| **Адрес**:       *(область (край, округ, район), город, улица, дом, корпус, квартира)* |
| **Дата рождения**:       г  | **ИНН**:        | **E-mail**:        |
| **Место рождения**:       |
| **Пол**: муж **[ ]**  / жен **[ ]**   | **Паспорт (серия, номер)**:             | **Код подразделения**:       |
| **Кем и когда выдан паспорт**:        |
| **Телефон**:        |  |  |

 |

**Порядок уплаты Страховой премии:** **[x]** единовременно **[ ]**  ежегодно

**Дата начала страхования:**       г. **Дата окончания страхования:**       г.

**Сведения о Застрахованном лице (заполняется в случае, если Заявитель не является Застрахованным лицом):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **ФИО**:       |
| **Адрес регистрации**:      *(область (край, округ, район), город, улица, дом, корпус, квартира)* |
| **Адрес фактического места проживания**:       *(область (край, округ, район), город, улица, дом, корпус, квартира)* |
| **ИНН**:        | **Дата рождения**:       г.  | **Место рождения**:      |
| **Пол**: муж **[ ]**  / жен **[ ]**   | **Паспорт (серия, номер)**:             |
| **Кем и когда выдан паспорт**:       **Код подразделения**:       |
| **Телефон**:        | **E-mail**:       |  |

 |

#### **Выгодоприобретатель** (назначается только Застрахованным или с его согласия):

|  |
| --- |
| На сумму задолженности на момент наступления страхового случая (но не более страховой суммы) - СБЕРБАНК, ПАО 24503 АДРЕС: 117997, Москва г, ул Вавилова, д 19 , ИНН 7707083893, счет № 30301810000006000001, к/c: 30101810400000000225, в ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО, БИК 044525225В размере разницы между страховой суммой и суммой, выплаченной СБЕРБАНК, ПАО- Застрахованный (по риску "Постоянная утрата трудоспособности с установлением I или II группы инвалидности в результате несчастного случая или болезни, произошедших в период действия договора страхования"), либо Наследники Застрахованного по закону (по риску "Смерть в результате несчастного случая или болезни, произошедших в период действия договора страхования").  |

## Сведения о кредите:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Кредитный договор** №        | от       г.   | **Сумма кредита:**      руб. |
| **Срок кредитного договора**  | с       г. по       г.  |  |

 |

#### **Страховые риски** (связанные с Застрахованным)

1. Смерть в результате несчастного случая или болезни, произошедших в период действия договора страхования

2. Постоянная утрата трудоспособности с установлением I или II группы инвалидности в результате несчастного случая или болезни, произошедших в период действия договора страхования

####

**Сведения о Застрахованном лице**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Ваш рост |       см |
| Ваш вес |       кг |
| 2. | Артериальное давление (последнее измерение, мм.рт.ст.) | систолическое (верхнее)        |
| диастолическое (нижнее)       |
| 3. | Среднее количество выкуриваемых сигарет в день |       шт. |
| 4. | Сколько спиртного Вы в среднем выпиваете в неделю в граммах с содержанием |  |
| 4.1. | до 10% алкоголя (пиво и т.д.) |       граммов |
| 4.2. | от 10% до 40% алкоголя (вино, водка и т.д.) |       граммов |
| 4.3. | свыше 40% алкоголя (ром, спирт и т.д.) |       граммов |
| 5. | Имели ли Вы когда-либо или имеете сейчас I, II или III группы инвалидности или проходили/проходите сейчас подготовку к направлению на медико-социальную экспертизу? | **[x]** нет**[ ]** да, детали:       |
| 6. | Состоите ли Вы на учете в наркологическом, психоневрологическом, туберкулезном, кожно-венерологическом, онкологическом диспансере, центрах профилактики борьбы со СПИДом, признаны в судебном порядке недееспособным? | **[x]** нет**[ ]** да, детали:       |
| 7. | В течение последних 2 (двух) лет Вы хотя бы раз находились на больничном листе более 2-х недель подряд, были прооперированы и находились на стационарном лечении? | **[x]** нет**[ ]** да, детали:       |
| 8. | Намерены ли Вы обращаться к врачу или есть ли у Вас какие-либо основания предполагать необходимость обращения к врачам в будущем?(кроме ОРЗ, гриппа, простуды, стоматологии) | **[x]** нет**[ ]** да, детали:       |
| 9. | В настоящее время Вам назначено (или было назначено в прошлом) какое-либо лечение или обследование, связанное с нижеследующими заболеваниями или подозрениями на них, а также Вы страдали одним из данных заболеваний:- близорукость более 7 (семи) диоптрий;- хроническая почечная недостаточность, поликистоз почек; - неспецифический язвенный колит;- сахарный диабет и другие заболевания эндокринной системы;- гемофилия, сердечно-сосудистая патология (включая ишемическую болезнь сердца, аритмии (включая мерцательную аритмию), гипертонию (II-IV степени), тромбоэмболии, аневризмы сосудов, перенесенные инфаркты, инсульты, операции на сердце и сосудах, пороки сердца); - цирроз печени, хронический гепатит и другие заболевания печени;- язва, панкреатит, болезнь Крона;- туберкулез, астма и другие заболевания дыхательной системы;- заболевания костно-мышечной системы;- иные хронические заболевания, требующие постоянных консультаций, лечения, обследований или наблюдения? | **[x]** нет**[ ]** да, детали:       |
| 10. | Имеете ли Вы врожденные либо приобретенные дефекты органов (отсутствие органа, нарушение функций и.т.п.) | **[x]** нет**[ ]** да, детали:       |
| 11. | Имели ли Вы когда-либо или имеете сейчас рак, новообразования или опухоли любого вида? | **[x]** нет**[ ]** да, детали:       |
| 12. | Диагностирован у Вас СПИД (ВИЧ-инфекция)? | **[x]** нет**[ ]** да, детали:       |
| 13. | Употребляете ли Вы (назначены ли Вам) какие-либо медикаменты (в том числе антидепрессанты или транквилизаторы (успокоительные средства), снотворные, болеутоляющие, наркотические вещества) с целью лечения или с иной целью | **[x]** нет**[ ]** да, детали:       |
| 14. | Имели ли Вы когда-либо или имеете сейчас какие-либо нервные или психические расстройства:эпилепсия, провалы в памяти, параличи, состояние тревоги или депрессии и другие заболевания нервной системы? | **[x]** нет**[ ]** да, детали:       |
| 15. | Место работы:Название компании:Адрес работодателя:Должность:Стаж: |                           лет |
| 16. | Размер совокупного годового дохода в текущем году |       руб. |
| 17. | Размер совокупного годового дохода в прошлом году |       руб. |
| 18. | Вы являетесь лицом, чья работа связана с особым риском (в том числе, состоящим на службе в действующей армии, принимающим участие в военных действиях, подавлении беспорядков, спусками в шахты, работой с радиоактивными и опасными веществами, работой на высоте, профессиональным спортом и т.п.)? | **[x]** нет**[ ]** да, детали:       |
| 19. | Вы занимаетесь опасными видами спорта имеете опасные хобби (боевые искусства, бокс, альпинизм, авиационные виды спорта, прыжки с парашютом, дайвинг, автоспорт, попытки установления рекордов, экстремальные виды спорта)? | **[x]** нет**[ ]** да, детали:       |
| 20. | Имеете ли Вы полисы страхования жизни или здоровья, кроме ДМС, ОМС, ВЗР? (Укажите на какие суммы Вы застрахованы?)  | **[x]** нет**[ ]** да, детали:       |
| 21. | Заявление на страхование Вашей жизни когда-нибудь отклонялось какой-либо страховой компанией? Если “Да”, укажите когда, какой страховой компанией и по какой причине.  | **[x]** нет**[ ]** да, детали:       |

Я,      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 *(Ф.И.О. Застрахованного*)

* заявляю, что представленная в анкете информация является *исчерпывающей* и верной и понимаю, что она может иметь решающее значение при заключении договора страхования и при осуществлении страховых выплат,
* На основании ФЗ РФ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» разрешаю лечебному учреждению или врачу и любому другому учреждению, предприятию, имеющему какую-либо информацию о состоянии моего здоровья, сообщить эту информацию в страховую компанию САО «РЕСО-Гарантия», Страховщику даю разрешение запрашивать и получать медицинские сведения по фактам моего обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозах, и иные сведения, составляющие врачебную тайну.
* предоставляю страховой компании САО «РЕСО-Гарантия» право произвести индивидуальную оценку риска, и, в случае необходимости, предложить мне: изменить условия страхования (в том числе повысить тарифную ставку); предоставить дополнительные данные или пройти медицинское обследование,
* обязуюсь обо всех изменениях, связанных с моим здоровьем и деятельностью, могущих существенно повлиять на условия страхования, сообщить в САО «РЕСО-Гарантия» в предусмотренные Правилами страхования сроки.
* даю согласие САО «РЕСО-Гарантия, (далее - Страховщик), в том числе работникам и представителям Страховщика, на обработку моих персональных данных (далее – ПД) в целях заключения Договора комплексного ипотечного страхования (далее Договор), осуществления страхования, в т.ч. в целях урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, сбора статистической информации и ее анализа, а также в целях исполнения требований действующего законодательства РФ. Страховщик может осуществлять обработку моих ПД в течение действия Договора страхования, а также в течение 25 лет после прекращения его действия.
* Мои ПД, в том числе специальные ПД, включают: фамилию, имя, отчество, дату рождения, паспортные данные и/или данные другого документа, удостоверяющего личность, адрес проживания/регистрации, телефоны, данные о доходах, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения в медицинские учреждения.
* Предоставляю Страховщику право осуществлять все действия с моими ПД, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать мои ПД посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных, в том числе с целью оповещения меня об услугах и предложениях (акциях) Страховщика.
* Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать мои ПД, в том числе специальные ПД, в медицинские учреждения и перестраховщикам с которыми у Страховщика имеются договорные отношения, и получать от этих учреждений данные обо мне. Передача моих ПД иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.
* Настоящее согласие дано в момент подписания Договора и действует бессрочно. Я знаю, что имею право в любой момент отозвать его посредством направления Страховщику письменного уведомления, которое должно быть направлено в его адрес заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю Страховщика. Я знаю и согласен с тем, что Страховщик вправе рассматривать указанное уведомление как мое волеизъявление о расторжении Договора в отношении меня, в связи с чем я буду снят со страхования по Договору не позднее 3 дней с момента получения указанного уведомления.

Заявитель, Застрахованный и Страховщик пришли к соглашению о допустимости использования подписи и печати Страховщика, выполненных с применением технических средств, которые признаются сторонами аналогами оригинального оттиска и собственноручной подписи Страховщика (факсимильная подпись и печать).

Заявитель принимает на себя ответственность за полноту и правдивость сведений, изложенных Застрахованным выше.

Заявителю известно, что данное Заявление является юридической основой Договора страхования, и что в пределах данного Договора он

несет полную ответственность за точность сведений, содержащихся в Заявлении.

|  |  |
| --- | --- |
| Заявитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(подпись)* | Застрахованный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    *(подпись)* |
| **Отметки Страховой компании:**      Агент / представитель Страховщика:       Код:       Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(ФИО / Наименование)* |