|  |
| --- |
|  |
|  |
| **Заявление** |
|  |
| Прошу СПАО «Ингосстрах», с учетом условий, указанных в настоящем заявлении, а также на основании действующих «Правил комплексного ипотечного страхования (унифицированных правил страхования)»/ «Правил комплексного и ипотечного страхования» (в зависимости от программы страхования) 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-2) |
| ☐ 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 |
| **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 здание ☐ Таунхаус ☐ Комната ☐ Строение ☐ Земельный участок   |
| **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  |
| **3.6. Страховая сумма по объекту «жилой дом»** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. |
| **3.7. Страховая сумма по объекту «земельный участок»** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. |

|  |
| --- |
| **4. ДАННЫЕ О ЗАСТРАХОВАННОМ ЛИЦЕ** |
| **4.1. Укажите Ваши рост и вес** | ***Рост*** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ см | ***Вес*** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кг |

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

|  |
| --- |
| **ВНИМАНИЕ! При наличии хотя бы одного положительного ответа («Да») на вопросы о наличии заболеваний или обстоятельств медицинского характера в рамках соответствующего вопроса анкеты, договор страхования заключается только по отдельному письменному согласованию со СПАО «Ингосстрах».** |

|  |
| --- |
| **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, 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 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. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. |  |  |
|  | Подпись | ФИО |

|  |  |
| --- | --- |
| Страхователь | ФИО |
|  |

|  |
| --- |
| **Заявление** |
|  |
| **Приложение к заявлению** |
| Прошу СПАО «Ингосстрах», с учетом условий, указанных в настоящем заявлении, а также на основании действующих «Правил комплексного ипотечного страхования (унифицированных правил страхования)»/ «Правил комплексного и ипотечного страхования» (в зависимости от программы страхования) 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-3)☐ 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*** |
| **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 |

|  |
| --- |
| **ВНИМАНИЕ! При наличии хотя бы одного положительного ответа («Да») на вопросы о наличии заболеваний или обстоятельств медицинского характера в рамках соответствующего вопроса анкеты, договор страхования заключается только по отдельному письменному согласованию со СПАО «Ингосстрах».** |

|  |
| --- |
| **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, 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 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. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. |  |  |
|  | Подпись | ФИО |

|  |  |
| --- | --- |
| Застрахованный | ФИО |
|  |

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. Страхование риска осуществляется только в рамках договоров, заключаемых на условиях «Правил комплексного и ипотечного страхования». [↑](#footnote-ref-2)
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. Страхование риска осуществляется только в рамках договоров, заключаемых на условиях «Правил комплексного и ипотечного страхования». [↑](#footnote-ref-3)