|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| **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)