|  |  |
| --- | --- |
| cid:image001.gif@01D22E18.F756CF40 | В ООО «СК «Согласие»**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ИПОТЕЧНОЕ СТРАХОВАНИЕ** (по стандартам ОАО «АИЖК») |

Все указанные в настоящем Заявлении сведения являются существенными обстоятельствами для определения Страховщиком вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков (страхового риска). Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения о страховом риске, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий, предусмотренных п.2 ст.179 Гражданского кодекса РФ.

|  |
| --- |
| 1. **СТРАХОВАТЕЛЬ**
 |
| **Фамилия Имя Отчество** |  |
| **Адрес регистрации** |  |
| **Адрес фактического проживания**  | [ ]  совпадает с адресом регистрации [ ]  иной (указать) |  |
| **Дата рождения**  |  | **Место рождения** |  |
| **Документ, удостоверяющий личность**  | [ ]  паспорт [ ]  иное (указать)  |  |
| Серия, номер |  | кем выдан |  |
| Дата выдачи |  | Гражданство |  | Семейное положение [ ]  холост/не замужем [ ]  женат/замужем |
| Место работы, профессия, должность[ ]  владелец бизнеса [ ]  по найму |  |
| Контактные телефоны | Домашний  |  | Мобильный |  | e-mail: |  |

**На основании представленных в настоящем Заявлении сведений прошу заключить договор ипотечного страхования.**

|  |
| --- |
| 1. **ОСНОВНЫЕ УСЛОВИЯ КРЕДИТНОГО ДОГОВОРА**
 |
| **Банк-Кредитор :**  |  |
| **Кредитный договор** (номер, дата) |  | Договора залога (ипотеки) (номер, дата): |  |
| **Заемщик** [ ]  Страхователь [ ]  иное лицо  |  |
| **Кредитование под залог недвижимости** | [ ]  приобретаемой на заемные средства [ ]  находящейся в собственности  |
| **Валюта кредита** [ ]  рубль РФ [ ]  доллар США [ ] евро [ ]  иное (указать) |  | Сумма кредита: |  |
| Текущая задолженность на дату заключения договора страхования |  | Ссудный % по кредитному договору, в год |  | **%** |
| Общий срок погашения кредита, в месяцах |  | Оставшийся срок до погашения кредита, в месяцах |  |
| 1. **ИМУЩЕСТВО, ПОДЛЕЖАЩЕЕ СТРАХОВАНИЮ**
 |
| *[ ]  Квартира (комната), по адресу:* |  |
| *[ ]  Строение, а именно:* | *[ ]  Индивидуальный жилой* [ ]  *Часть дома (таунхаус)* [ ]  *Домовладение (комплекс построек жилого и хозяйственного назначения)* |
|  | [ ]  *иное* |  |
| *по адресу:* |  |
| *[ ]  Земельный участок по адресу:* |  |
| **Собственник предмета залога** | [ ]  Страхователь [ ]  Заемщик [ ]  иное лицо (указать) |  |
| **Действительная (страховая) стоимость** | Квартиры/строения |  | Земельного участка |  |
| Наличие независимой оценки стоимости | *[ ]* Есть, название организации / ФИО ИП |  |
| Номер, дата Отчета |  | *[ ]* Нет, стоимость определена: *[ ]* экспертом банка-кредитора *[ ]* экспертом страховщика |
| 1. **УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ**
 |
| *[ ]*  **Страхование от несчастных случаев и болезней,** количество застрахованных лиц  |  |  |
| Застрахованный 1 (ФИО, страховая сумма)  |  |
| Застрахованный 2 (ФИО, страховая сумма)  |  |
| Застрахованный 3 (ФИО, страховая сумма)  |  |
| *[ ]*  **Страхование имущества от риска гибели или повреждения** *[ ]*  **Страхование имущества от риска утраты права собственности** | **Страховая сумма** |  |
| равна [ ]  текущей задолженности, увеличенной на 10% *[ ]* действительной стоимости |
| *Копии документов, удостоверяющих личности Застрахованных лиц, прилагаются к настоящему Заявлению* |
| **Валюта договора страхования** | [ ]  рубль РФ [ ]  совпадает с валютой кредитования [ ] иное |  |
| **Срок страхования**  [ ]  На срок кредитования (оплачиваемый период – 1 год) [ ]  Иное: дата начала |  | окончание |  |

***Приложения, являющиеся неотъемлемой частью настоящего Заявления:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приложение №1 | Страхование имущества от рисков гибели и повреждения | *[ ]* Да *[ ]* Нет |
| Приложение №2 | Кредитное страхование от несчастных случаев и болезней | *[ ]* Да *[ ]* Нет |
| Приложение №3 | Страхование имущества от риска утраты права собственности | *[ ]* Да *[ ]* Нет |

Подписывая настоящее Заявление и приложения к нему, Страхователь подтверждает, что все сведения, указанные в них, являются полными и достоверными. Страхователь обязуется письменно сообщить Страховщику обо всех изменениях сведений, указанных в настоящем Заявлении.

С ответственностью за предоставление недостоверных (ложных) сведений Страхователь ознакомлен и согласен.

Подписывая настоящее Заявление, Страхователь подтверждает, что принимаемое на страхование жилое помещение не находится в ветхом, аварийном, непригодном для эксплуатации состоянии, не подлежит сносу, реконструкции или капитальному ремонту.

Настоящим выражаю свое согласие на обработку ООО «Страховая Компания «Согласие», моих персональных данных (включая все действия, перечисленные в ст.3 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»), указанных в заявлении и иных документах, используемых ООО «СК «Согласие», для их обработки в соответствии с законодательством Российской Федерации о персональных данных и с целью исполнения ООО «СК «Согласие», условий договора страхования и требований, установленных действующим законодательством, в т.ч. в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по договору страхования, осуществления страховой выплаты, администрирования договора, а также в целях информирования о других продуктах и услугах Страховщика, в статистических целях и в целях проведения анализа. ООО «СК «Согласие», имеет право осуществлять следующие действия (операции) с моими персональными данными (в том числе с данными специальной категории): сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам, обезличивание, блокирование, уничтожение. Настоящее согласие действительно в течение срока действия договора страхования и в течение 5 (пяти) лет после исполнения договора страхования. Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме посредством направления уведомления в адрес ООО «СК «Согласие».

**Страхователь:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /** Дата заполнения «» 201 г.

Приложение №2 к Заявлению на ипотечное страхование от      .     .201     г.

**КРЕДИТНОЕ СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ**

(анкета заполняется каждым Застрахованным лицом)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО №**
 |  | является [ ]  Заемщиком [ ]  Поручителем/Созаемщиком |
| Фамилия, имя, отчество  |  |
| Документ, удостоверяющий личность | [ ]  паспорт [ ]  иное (указать)  |  |
| Серия, номер |  | кем выдан |  |
| Дата выдачи |  | Гражданство | [ ]  РФ [ ]  иное  |  | Пол: [ ]  м [ ]  ж |
| Дата, место рождения |  |
| Место работы, профессия, должность[ ]  владелец бизнеса [ ]  по найму |  |

|  |
| --- |
| 1. **СТРАХОВЫЕ РИСКИ** (в соответствии с требованиями банка-кредитора):
 |
| 🗹 Смерть в результате НС и/или болезни | 🗹 Инвалидность I или II группы в результате НС и/или болезни |
| Территория страхового покрытия – весь мир. |

|  |
| --- |
| 1. **СВЕДЕНИЯ ОБЩЕГО ХАРАКТЕРА**
 |
| 1. **Рост** (см)
 | 2. **Вес** (кг) | 3.  **Артериальное давление**:верхнее (систолическое)  | нижнее (диастолическое) |
| 4. | **Наличие договоров (полисов) страхования жизни или от несчастных случаев и болезней в других страховых компаниях ?**  |
|  | **[ ]** нет **[ ]** есть |  |
|  |  | При ответе «есть» указать название СК, страховые риски, страховые суммы: |
| 5.  | **Подавали ли Вы заявления на страхование жизни или от несчастных случаев, которые были отклонены СК или приняты с повышающим коэффициентом?** |
|  | **[ ]** нет **[ ]** да |  |
|  |  | При ответе «да» указать название СК и причину отказа |
| 6.  | **Название и адрес поликлиники (лечебного учреждения), услугами которой Вы обычно пользуетесь, Ф.И.О. лечащего врача**? |
|  |  |
| 7. | **Род (характер) вашей профессиональной деятельности ?** (описать подробно):  |
|  |  |
| 8. | **Курите ли Вы сейчас**? **[ ]** да, в течение лет, среднее количество сигарет в день   |
|  | **[ ]** нет, бросил курить лет назад **[ ]** никогда не курил |
| 9.  | **Употребляете ли Вы алкогольные напитки** ? **[ ]** не употребляю **[ ]** употребляю, среднее дневное количество (литров):  |
|  | **[ ]** вино (л) **[ ]** пиво (л)  **[ ]** напитки крепостью 40 и более градусов (л)  |
| 10. | **Изменился ли ваш вес за последние 6 месяцев более чем на 8 килограмм?**  |
|  | **[ ]** нет **[ ]** да  |  |
|  |  | При ответе «да» уточнить по какой причине |
| 11. | **Занимаетесь ли Вы профессионально или в качестве хобби следующими видами спорта: авто/мотогонки, ралли, альпинизм, спелеология, дайвинг, дельтапланеризм, парапланеризм, боевые единоборства или иные виды спорта или,деятельности, которые сопровождаются повышенным риском?** |
|  | **[ ]** нет **[ ]** да |  |
|  |  | Если ответ «да», подробно опишите ниже по каждому виду спорта, как часто Вы им занимаетесь: иногда, регулярно, участвуете ли в соревнованиях или состязаниях, занимаетесь профессионально |
| 12. | **Связана ли Ваша профессия с повышенной степенью риска (опасности): работа на высоте свыше 15 метров, работа в море или под водой, работа под землей (шахты и т. п.), работа с опасными химическими составами или взрывчатыми веществами, работа в нефтяной, газовой или химической промышленности и пр .?** |
|  | **[ ]** нет **[ ]** да |  |
|  |  | Если ответ «да», уточните: |
| 13. | **Связана ли Ваша деятельность с деловыми (служебными) поездками (командировками) чаще 4 раз в год ?** |
|  | **[ ]** нет **[ ]** да |  |
|  |  | Если ответ «да», уточните |
| 14. | **Намереваетесь ли Вы совершить поездку в «горячие» точки планеты (места вооруженных конфликтов или военных действий)?**  |
|  | **[ ]** нет **[ ]** да |  |
|  |  | Если ответ «да», уточните регион и причины поездок |
| 15.  | **Планируете ли Вы выезжать заграницу на срок более 6 месяцев в течение срока страхования** ?  |
|  | **[ ]** нет **[ ]** да |  |
|  |  | Если ответ «да», уточните регион и причины поездок |

|  |
| --- |
| 1. **СВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА**
 |
| 16. | **Установлена ли Вам на данный момент или была установлена ранее группа инвалидности, имеете действующее направление на МСЭ?**  |
|  | **[ ]** нет **[ ]** да  |  |
|  |  | *При ответе «ДА», уточните подробно причину инвалидности, группу, срок на который установлена, если имели в прошлом, укажите, когда была установлена и когда снята, если имеете действующее направление уточните диагноз и дату освидетельствования:* |
|  | **Обращались ли Вы когда-либо за медицинской помощью по нижеперечисленным заболеваниям или отдельным их признакам или болели ли Вы каким-либо из следующих заболеваний?***Если ответ «да», укажите, пожалуйста подробно детали: диагноз, дату установления диагноза, продолжительность лечения и т.п. точная и подробная информация позволяет быстрее и объективнее принять решение о условиях Вашего договора страхования.* |
| 17. | **Заболевания сердца и сердечно-сосудистой системы: ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия, инфаркт, сердечная недостаточность, гипертоническая болезнь (ГБ), аритмия, эндокардит, порок сердца, миокардит. Беспокоят ли Вас боли за грудиной, одышка, учащенное сердцебиение, отеки? Иные заболевания сердечно-сосудистой системы или их признаки?** |
|  | **[ ]** нет **[ ]** да |  |
|  |  | *Если ответ «да», уточните год, диагноз:* |
| 18. | **Повышенное артериальное давление, инсульт и его последствия, заболевания сосудов или нарушение кровообращения (например, облитерирующий эндартериит, варикозное расширение вен, хроническая венозная или лимфовенозная недостаточность, атеросклероз, синдром Рейно, диабетические ангиопатии. кровоизлияния в органы? Иные заболевания сосудов или их признаки?** |
|  | **[ ]** нет **[ ]** да |  |
|  |  | *Если ответ «да», уточните год, диагноз:* |
| 19. | **Заболевания органов дыхания – легких, дыхательных путей, носоглотки, бронхов (туберкулез, астма, хронический бронхит, пневмонии, эмфизема легких, плеврит, пневмосклероз или отдельные признаки заболеваний: постоянный кашель, кровь или гной в мокроте и пр.)? Иные заболевания органов дыхания или их признаки?** |
|  | **[ ]** нет **[ ]** да |  |
|  |  | *Если ответ «да», уточните год, диагноз:* |
| 20. | **Заболевания органов внутренней секреции: гипофиза, щитовидной железы, надпочечников, поджелудочной железы (диабет, повышенное содержание сахара в крови, увеличение или иные болезни щитовидной железы, другие эндокринные нарушения или заболевания желез или их признаки)?** |
|  | **[ ]** нет **[ ]** да |  |
|  |  | *Если ответ «да», уточните год, диагноз:* |
| 21.  | **Заболевания пищеварительной системы, желчного пузыря, поджелудочной железы или печени: язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки, гастрит, вирусный гепатит В или С, цирроз печени, камни в желчном пузыре, панкреатит, холецистит, желудочные и/или кишечные кровотечения, полипоз желудка и/или кишечника, колит, болезнь Крона, изжога, тошнота и рвота, хроническая или периодическая повторяющаяся диарея (понос)? Иные заболевания органов пищеварительной системы или их признаки?** |
|  | **[ ]** нет **[ ]** да |  |
|  |  | *Если ответ «да», уточните год, диагноз:* |
| 22.  | **Заболевания почек или мочеполовой системы: пиелонефрит, гломерулонефрит, поликистоз почек, почечная недостаточность, единственная почка, камни в почках, болезни мочевого пузыря, частые отеки, белок в моче, или венерические заболевания, заболевания простаты (простатит)? Иные заболевания мочеполовой системы или их признаки?** |
|  | **[ ]** нет **[ ]** да |  |
|  |  | *Если ответ «да», уточните год, диагноз:* |
| 23.  | **ЛОР-заболевания, включая частые ангины, отиты, тонзиллиты (исключая обычные простуды, грипп, ОРВИ и детские инфекционные болезни), гайморит, тугоухость или иные заболевания?** |
|  | **[ ]** нет **[ ]** да |  |
|  |  | *Если ответ «да», уточните год, диагноз:* |
| 24.  | **Заболевания опорно-двигательного аппарата: позвоночника, костей конечностей, суставов, мышц (остеохондроз позвоночника, остеопороз, остеомиелит, артриты, артрозы, подагра, ревматизм, деформация суставов конечностей)? Иные заболевания опорно-двигательного аппарата или их признаки?** |
|  | **[ ]** нет **[ ]** да |  |
|  |  | *Если ответ «да», уточните год, диагноз:* |
| 25.  | **Снижение остроты зрения (близорукость или дальнозоркость более 8 диоптрий), патология сетчатки, диабетическая ретинопатия сетчатки, катаракта, глаукома? Иные заболевания глаз или их признаки?** |
|  | **[ ]** нет **[ ]** да |  |
|  |  | *Если ответ «да», уточните год, диагноз:* |
| 26.  | **Любые онкологические заболевания (злокачественные (рак) и доброкачественные новообразования (опухоли) в том числе лимфомы, лимфогранулематоз и заболевания крови: лейкоз, лейкемия и т.п.)? Подвергались ли Вы радио- или химиотерапии?** |
|  | **[ ]** нет **[ ]** да |  |
|  |  | *Если ответ «да», уточните год, диагноз:* |
| 27.  | **Какие-либо психические или нервные расстройства: мигрень, эпилепсия, черепно-мозговая травма и ее последствия, энцефалопатия, судорожные припадки, стойкая депрессия, паралич, парез, нарушения речи и пр. Отмечались ли у Вас случаи потери сознания? Иные заболевания нервной системы или психические расстройства?** |
|  | **[ ]** нет **[ ]** да |  |
|  |  | *Если ответ «да», уточните год, диагноз:* |
| 28.  | **Состоите (состояли) ли Вы на учете у невропатолога или психиатра, проходили ли лечение в психоневрологических/психиатрических клиниках? Совершали ли Вы попытку самоубийства?** |
|  | **[ ]** нет **[ ]** да |  |
|  |  | *Если ответ «да», уточните год, диагноз:* |
| 29.  | **Находитесь ли Вы в настоящее время на больничном листе, стационарном лечении, планируете в ближайшие 12 месяцев госпитализацию для проведения обследования, лечения, хирургической операции?** |
|  | **[ ]** нет **[ ]** да |  |
|  |  | *Если ответ «да», уточните год, диагноз:* |
| 30.  | **Лечились ли Вы когда-либо от алкоголизма, наркомании, токсикомании? Состояли или состоите в настоящее время на учете в наркологическом или психоневрологическом диспансерах?** |
|  | **[ ]** нет **[ ]** да |  |
|  |  | *Если ответ «да», уточните год, диагноз:* |
| 31.  | **Принимали ли Вы или назначались ли Вам врачом разного транквилизаторы (антидепрессанты) или наркотические вещества в лечебных или иных целях?** |
|  | **[ ]** нет **[ ]** да |  |
|  |  | *Если ответ «да», уточните препарат и с какой целью осуществлялся прием препарата:* |
| 32.  | **За последние пять лет Вы болели или находились на больничном листе сроком две недели и более, направлялись на стационарное лечение? Страдаете ли Вы заболеваниями, требующими постоянного медицинского наблюдения, из-за которых Вы были нетрудоспособны / находились под наблюдением врача более трех недель подряд за последние два года?** |
|  | **[ ]** нет **[ ]** да |  |
|  |  | *Если ответ «да», уточните год, диагноз, название медучреждения, срок лечения* |
| 33.  | **Проводились ли Вам какие-либо операции за последние 5 лет? Были ли травмы за последние пять лет?**  |
|  | **[ ]** нет **[ ]** да |  |
|  |  | *Если ответ «да», уточните год, диагноз, название медучреждения, срок лечения* |
| 34.  | **Хронические инфекционные или паразитные заболевания – туберкулез, малярия, бруцеллез, профессиональные заболевания?** |
|  | **[ ]** нет **[ ]** да |  |
|  |  | *Если ответ «да», уточните год, диагноз:*  |
| 35.  | **Острые аллергические реакции или иные заболевания аллергического характера?** |
|  | **[ ]** нет **[ ]** да |  |
|  |  | *Если ответ «да», уточните диагноз, причину и периодичность возникновения симптомов:* |
| 36.  | **Любые другие хронические, врожденные или наследственные заболевания ?** |
|  | **[ ]** нет **[ ]** да |  |
|  |  | *Если ответ «да», уточните год, диагноз:* |
| 37.  | **Имеете или имели ли Вы близких родственников, которым были диагностированы или которые умерли в возрасте до 45 лет от следующих заболеваний: диабет, инсульт, заболевания сердца, сосудов, почек, гипертония, рак, туберкулез и пр.?** |
|  | **[ ]** нет **[ ]** да |  |
|  |  | *Если ответ «да», уточните заболевание и возраст на дату диагностирования/смерти* |
| **Вопросы только для женщин (38, 39, 40)** |
| 38.  | **Есть (были) ли у Вас какие-либо заболевания женских половых органов (матки, придатков), осложненные беременности, роды, кесарево сечение, болезни молочных желез?** |
|  | **[ ]** нет **[ ]** да |  |
|  |  | *Если ответ «да», уточните год, диагноз:* |
| 39.  | **Дата рождения последнего ребенка? *.     .*** |
| 40.  | **Беременны ли Вы сейчас?** |
|  | **[ ]** нет **[ ]** да | недель |
|  |  | *Если ответ «да», уточните срок беременности на дату заполнения заявления* |
| 41. | **На день заключения договора страхования являетесь ли Вы инвалидом I, II или III группы, состоите на учете в наркологическом, психоневрологическом, противотуберкулезном, кожно-венерологическом, онкологическом диспансерах или страдаете соответствующими заболеваниями, а также страдаете ли хроническими или острыми болезнями сердца, сосудов, крови, кроветворных органов, СПИДом или являетесь ВИЧ-инфицированным?** |
|  | **[ ]** нет **[ ]** да |  |
|  |  | *Если ответ «да», укажите, пожалуйста, в разделе «Дополнительная информация» подробно: чем страдаете (диагноз), где наблюдаетесь (Ф.И.О. врача), причину инвалидности (с указанием диагноза заболевания), с какого времени наблюдаетесь.* |
| **ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ** |
| **Если вы дали на один из вопросов ответ «да» или можете сообщить сведения медицинского характера о заболеваниях или состояниях не указанных выше, уточните, пожалуйста, в этом поле подробно: чем страдаете (диагноз), где наблюдаетесь (Ф. И. О. врача) с какого времени наблюдаетесь, какое лечение проходили.** |
|  |

Я, ***Фамилия Имя Отчество***, подтверждаю, что на момент подписания настоящего заявления не являюсь инвалидом I, II группы и не имею действующего направления на МСЭ, не состою на учете в наркологическом, психоневрологическом, противотуберкулезном, кожно-венерологическом, онкологическом диспансерах и не страдаю соответствующими заболеваниями, не болею СПИДом, не являюсь ВИЧ-инфицированным.

Настоящим разрешаю, в том числе в случае моей смерти, любому медицинскому учреждению (медицинскому работнику), имеющему информацию о состоянии моего здоровья, диагнозе, проведенном лечении, предоставить ООО «СК «Согласие» по запросу необходимую дополнительную информацию для решения вопросов, связанных с заключением и исполнением договора (полиса) страхования, а также с урегулированием убытков по договору.

Мне известно, что ООО «СК «Согласие» вправе потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 179 Гражданского кодекса РФ, если при заключении договора Страхователь/Застрахованный сообщил заведомо ложные сведения, имеющие существенное значение для оценки риска. Существенными для оценки степени риска являются все сведения, указанные в настоящем заявлении на страхование и приложениях к нему.

**Застрахованное лицо:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /** Дата заполнения «» 20 г.

Настоящее Заявление является неотъемлемой частью договора страхования серия №/ от «» 201 г.