Приложение к договору страхования

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

В ООО «СК «СОГАЗ-ЖИЗНЬ»

ЗАЯВЛЕНИЕ О СТРАХОВАНИИ ЖИЗНИ ПО КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЕ «ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАЩИТА»

Прошу заключить договор страхования на основании «Общих правил страхования жизни» в редакции, действующей на дату заключения Договора страхования.

|  |
| --- |
| **1. Страхователь (Застрахованное лицо)** |
| Фамилия, имя, отчество  |  |
| Паспорт | серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан (*кем, когда*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код подразделения |
| Место рождения |  |
| Адрес места регистрации |  |
| Адрес для корреспонденции |  |
| Телефоны |  | E-mail: |  |
| Категория, должность, место работы |  Работник локомотивной бригады Работник, обеспечивающий движение поездовДолжность: Место работы:  |
| Дата рождения | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | г. | Пол (м/ж): |  |
| Гражданство  |  РФ Иное (указать) |  | ИНН |  |
| Возраст выхода на пенсию | \_\_\_\_\_\_\_\_ лет  | Годовой доход за календарный год (руб.): |  |
| **2. Выгодоприобретатель** (на случай смерти Застрахованного лица)  |
| Фамилия, имя, отчество  |  |
| Паспорт | серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан (*кем, когда*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код подразделения |
| Место рождения |  |
| Адрес места регистрации |  |
| Телефоны |  | E-mail: |  |
| Дата рождения |  | г. Гражданство: |  РФ Иное (указать) |  | ИНН |  |
|  |
|  |
| **3. Период ожидания** | (по риску «ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НЕПРИГОДНОСТЬ»): 3 месяца за исключением признания профессиональной непригодности к работе или смерти, наступивших в результате несчастного случая. |
| **4. Срок действия договора страхования** | Разница в днях между возрастом Застрахованного, дающего ему право на получение трудовой пенсии, указанным в п. 1 настоящего Заявления и возрастом Застрахованного на дату заключения Договора страхования.  |
|  |
| **5. Страховые риски**  |
|  | **Страховая сумма** *выберите ОДИН из вариантов Страховой суммы)* |
| 5.1. | ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НЕПРИГОДНОСТЬ |  100 000 200 000 300 000 400 000 500 000 |
| 5.2. | СМЕРТЬ по любой причине | На каждый период оплаты страховая сумма устанавливается в размере суммы страховых взносов по договору страхования, подлежащих оплате на данный период. |
| 5.3. | ДОЖИТИЕ до окончания срока страхования (страховая сумма устанавливается в % от страховой суммы по риску ПРО-ФЕССИОНАЛЬНАЯ НЕПРИГОДНОСТЬ в зависимости от срока страхования) | Срок страхования35 – 42 лет30 – 34 лет25 – 29 лет20 – 24 лет | Страховая сумма50%49%49%44% | Срок страхования15 – 1910 – 145 – 91 – 4 | Страховая сумма36%33%24%14% |
| **6. Порядок и форма уплаты страховых взносов** | Периодичность: ежемесячно. |
| Форма оплаты: |  безналичным платежом |  наличным платежом |
| **7. Срок действия Заявления** | Срок действия настоящего Заявления о страховании с приложением Декларации о состоянии здоровья составляет 90 календарных дней с даты заполнения лица, принимаемого на страхование. В случае превышения данного срока, Заявление о страховании подлежит повторному заполнению.Рассмотрение Заявления о страховании с приложением Декларации о состоянии здоровья в отношении лица, принимаемого на страхование и подлежащего обязательному очередному или досрочному медицинскому осмотру в течении 90 дней с даты оформления Заявления о страховании, проводится после прохождения ВЭК.Если для Застрахованного обязательный медицинский осмотр предусмотрен один раз в 2 года и он был проведен свыше 10 месяцев до даты Заявления о страховании, Застрахованный обязан предоставить Страховщику Выписку из истории болезни из медицинского учреждения, к которому он прикреплен по месту работы. |
| **8. Декларация:**Настоящим Страхователь:8.1. подтверждает, что на дату подписания настоящего заявления Застрахованное лицо не страдает злокачественными новообразованиями, в т.ч. злокачественными заболеваниями кроветворной, лимфоидной и родственных им тканей; любыми заболеваниями и/или состояниями, сопровождающимися хронической почечной, печеночной недостаточностью, недостаточностью кровообращения, дыхательной и/или легочно-сердечной недостаточностью; СПИДом, ВИЧ-инфекцией; не является инвалидом 1, 2, 3 группы, не направлено на медико-социальную экспертизу для установления инвалидности; не нуждается по медицинским показаниям в длительной посторонней помощи; не направлено на внеочередную ВЭК для решения вопроса о профессиональной пригодности или получения направления на дополнительное обследование в связи с состоянием здоровья; 8.2. дает свое согласие и предоставляет полномочия Страховщику на получение всей информации о Застрахованном лице, в т.ч. о состоянии его здоровья от любого врача или медицинской организации, где Застрахованное лицо когда-либо проходило лечение; от любой страховой компании, с которой когда-либо заключался договор страхования жизни и здоровья Застрахованного лица; от государственных организаций и т.п.8.3 дает согласие на обработку, хранение, передачу и использование предоставленных им своих персональных данных с целью осуществления информационных, почтовых и электронных рассылок, исходящего телефонного обзвона бессрочно до получения Страховщиком его письменного уведомления об отказе от использования его персональных данных.8.4. подтверждает, что с исключениями из страховых случаев (п.4.1 Правил и п.7 Дополнительной программы 5 Правил в отношении) ознакомлен и согласен, Правила получил.8.5. подтверждает, что производя оплату первого страхового взноса, принимает все условия, изложенные в Страховом полисе, выданном на основании настоящего Заявления.8.6. выражает согласие на использование в договоре страхования (полисе) факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и его печати в соответствии с п.2 ст.160 Гражданского Кодекса Российской Федерации. |
| **Да, я могу подписать настоящую Декларацию и заявляю, что все сообщенные в настоящем Заявлении сведения являются полными и достоверными и в нем изложены все существенные для настоящего страхования факты и обстоятельства, известные Страхователю, что на дату подписания Заявления Застрахованное лицо не страдает состояниями и заболеваниями, указанными в п.8 Заявления. Страхователь обязуется предоставить Страховщику любую другую разумно затребованную им информацию. Страхователь согласен, что настоящее Заявление совместно с любой другой предоставленной им информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Указанные сведения относятся к существенным обстоятельствам, влияющим на степень риска. Информация о страховой услуге, которую Страховщик обязан довести до Страхователя при заключении договора в соответствии со ст.12 закона от 07.02.1992 г. № 2300-I «О защите прав потребителей», предоставлена мне в полном объеме, разъяснена и понята мной.**Страхователь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ *(подпись) (ФИО)* |
| **9. Приложения**  | - Декларация о состоянии здоровья- Согласие на обработку персональных данных (на оборотной стороне настоящего Заявления)- Выписка из истории болезни |
|  | - Заявление о назначении Выгодоприобретателей |
|  |
|  |
| Страхователь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. *(подпись) (ФИО)*  |