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 поездов  Должность: 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 страхования  35 – 42 лет  30 – 34 лет  25 – 29 лет  20 – 24 лет | | | | Страховая сумма  50%  49%  49%  44% | | | | | Срок страхования  15 – 19  10 – 14  5 – 9  1 – 4 | | | Страховая сумма  36%  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)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |