УРАЛСИБ | СТРАХОВАНИЕ

Приложение номер
к Договору комплексного ипотечного страхования
№номер от « » месяц год

ЗАЯВЛЕНИЕ об ипотечном страховании

Прошу заключить договор ипотечного страхования на следующих условиях:

РАЗДЕЛ 1. ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

1. ИНФОРМАЦИЯ О СТРАХОВАТЕЛЕ						
1.1. ФИО Страхователя:						
1.2. Пол:	☐ муж	☐ жен	1.3. Дата рождения: . .	1.4. Гражданство:	☐ РФ	☐ иное:
1.5. Адрес регистрации:						
1.6. Адрес фактического проживания:						
1.7. Документ, удостоверяющий личность:				1.7.1. Серия:	1.7.2. Номер:	
1.7.3. Выдан:					1.7.4. Дата выдачи: . .	
1.8. ИНН:	1.9. Семейное положение:			1.10. Профессия:		
1.11. Место работы:						
1.12. Должность:						
1.13. Данные миграционной карты:						
1.14. Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ:						
1.15. Мобильный телефон: +7 ( )				1.17. Рабочий телефон: +7 ( )		
1.16. Домашний телефон: +7 ( )				1.18. Электронная почта:		

2. ОСНОВНЫЕ УСЛОВИЯ КРЕДИТНОГО ДОГОВОРА И СВЕДЕНИЯ О ПРЕДМЕТЕ ЗАЛОГА			
2.1. Номер кредитного договора:		2.2. Дата заключения: . .	
2.3. Наименование Банка-кредитора:			
2.4. Размер кредита на момент заключения Договора страхования:		2.5. Годовая процентная ставка за пользование кредитом:	%
2.6. Валюта кредита:	☐ российские рубли	☐ доллары США	☐ евро
2.7. Укажите необходимые программы страхования:			
☐ 2.7.1. страхование от несчастных случаев и болезней			
☐ 2.7.2. страхование только конструктива квартиры / комнаты			
☐ 2.7.3. страхование конструктива, отделки и инженерного оборудования квартиры / комнаты			
☐ 2.7.4. страхование конструктива жилого дома			
☐ 2.7.5. страхование конструктива, отделки и инженерного оборудования жилого дома			
☐ 2.7.6. страхование земельного участка		☐ 2.7.7. страхование потери права собственности (титул)	

3. ИНФОРМАЦИЯ О ЗАСТРАХОВАННОМ ЛИЦЕ №1 (ЗАЕМЩИКЕ №1) Заполните только п.3.1., если Заемщик №1 является Страхователем.						
3.1. ФИО Заемщика №1:						
3.2. Пол:	☐ муж	☐ жен	3.3. Дата рождения: . .	3.4. Гражданство:	☐ РФ	☐ иное:
3.5. Адрес регистрации:						
3.6. Адрес фактического проживания:						
3.7. Документ, удостоверяющий личность:				3.7.1. Серия:	3.7.2. Номер:	
3.7.3. Выдан:					3.7.4. Дата выдачи: . .	
3.8. ИНН:	3.9. Семейное положение:			3.10. Профессия:		

3.11. Место работы:	
3.12. Должность:	
3.13. Данные миграционной карты:	
3.14. Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ:	
3.15. Мобильный телефон: +7 ( )	3.17. Рабочий телефон: +7 ( )
3.16. Домашний телефон: +7 ( )	3.18. Электронная почта:

4. ИНФОРМАЦИЯ О ЗАСТРАХОВАННОМ ЛИЦЕ №2 (ЗАЕМЩИКЕ №2) Заполните настоящий раздел в случае, если количество Заемщиков больше одного.					
4.1. ФИО Заемщика №2:					
4.2. Пол:	☐ муж	☐ жен	4.3. Дата рождения: . .	4.4. Гражданство:	☐ РФ ☐ иное:
4.5. Адрес регистрации:					
4.6. Адрес фактического проживания:					
4.7. Документ, удостоверяющий личность:			4.7.1. Серия:	4.7.2. Номер:	
4.7.3. Выдан:				4.7.4. Дата выдачи: . .	
4.8. ИНН:	4.9. Семейное положение:		4.10. Профессия:		
4.11. Место работы:					
4.12. Должность:					
4.13. Данные миграционной карты:					
4.14. Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ:					
4.15. Мобильный телефон: +7 ( )			4.17. Рабочий телефон: +7 ( )		
4.16. Домашний телефон: +7 ( )			4.18. Электронная почта:		

5. ИНФОРМАЦИЯ О ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕ №1 (на получение страховой выплаты)			
5.1. Наименование Банка:			
5.2. ОГРН:	5.3. ИНН:	5.4. КПП:	5.5. БИК:
5.6. Расчетный счет:		5.7. Корр. счет:	
5.8. ОКВЭД:		5.9. ОКПО:	
5.10. Адрес места нахождения:			
5.11. Почтовый адрес:			

6. ИНФОРМАЦИЯ О ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕ №2 (на случай смерти Страхователя (Застрахованного лица №1))					
6.1. ФИО Выгодоприобретателя №2:					
6.2. Пол:	☐ муж	☐ жен	6.3. Дата рождения: . .	6.4. Гражданство:	☐ РФ ☐ иное:
6.5. Адрес регистрации:					
6.6. Адрес фактического проживания:					
6.7. Документ, удостоверяющий личность:			6.7.1. Серия:	6.7.2. Номер:	
6.7.3. Выдан:				6.7.4. Дата выдачи: . .	
6.8. ИНН:	6.9. Семейное положение:		6.10. Профессия:		
6.11. Место работы:					
6.12. Должность:					
6.13. Данные миграционной карты:					

6.14. Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ:	
6.15. Мобильный телефон: +7 ( )	6.17. Рабочий телефон: +7 ( )
6.16. Домашний телефон: +7 ( )	6.18. Электронная почта:

7. ИНФОРМАЦИЯ О ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕ №3 (на случай смерти Страхователя (Застрахованного лица №2))					
7.1. ФИО Выгодоприобретателя №3:					
7.2. Пол:	☐ муж	☐ жен	7.3. Дата рождения: . .	7.4. Гражданство:	☐ РФ ☐ иное:
7.5. Адрес регистрации:					
7.6. Адрес фактического проживания:					
7.7. Документ, удостоверяющий личность:			7.7.1. Серия:	7.7.2. Номер:	
7.7.3. Выдан:				7.7.4. Дата выдачи: . .	
7.8. ИНН:	7.9. Семейное положение:		7.10. Профессия:		
7.11. Место работы:					
7.12. Должность:					
7.13. Данные миграционной карты:					
7.14. Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ:					
7.15. Мобильный телефон: +7 ( )			7.17. Рабочий телефон: +7 ( )		
7.16. Домашний телефон: +7 ( )			7.18. Электронная почта:		

8. СРОК СТРАХОВАНИЯ		
8.1. Срок страхования:	с: . .	по: . .

РАЗДЕЛ 2. СТРАХОВАНИЕ ИМУЩЕСТВА Заполняется только в том случае, если отмечен хотя бы один из пунктов 2.7.2, 2.7.3, 2.7.4, 2.7.5 Раздела 1.				
1. Адрес места нахождения имущества:				
2. Материал несущих стен:	☐ бетон	☐ кирпич	☐ дерево	☐ иное:
3. Материал межэтажных перекрытий:	☐ железобетон	☐ дерево	☐ иное:	
4. Информация о строении (заполняется, если отмечен хотя бы один из пунктов 2.7.4, 2.7.5 Раздела 1).				
4.1. Назначение строения:	☐ жилой дом (дача)	☐ баня	☐ гараж	☐ иное:
4.2. Состояние строения:	☐ завершенное строительством	☐ не завершенное строительством	☐ часть дома	
4.3. Строение выполнено из разных материалов:	1 этаж:	2 этаж:	3 этаж:	
4.4. Наличие деревянных пристроек (крыльцо не считается пристройкой):	☐ да	☐ нет		
5. Наличие исправной охранной сигнализации с выводом на пульт с круглосуточным наблюдением:	☐ да	☐ нет		
6. Наличие исправной пожарной сигнализации с выводом на пульт с круглосуточным наблюдением:	☐ да	☐ нет		
7. Наличие и состояние инженерных коммуникаций:				
☐ водоснабжение:	☐ удовлетворительное состояние (нет протечек или повреждений труб)			
	☐ неудовлетворительное состояние (есть протечки или повреждения труб)			
☐ газоснабжение:	☐ удовлетворительное состояние	☐ неудовлетворительное состояние		
☐ электроснабжение:	☐ удовлетворительное состояние	☐ неудовлетворительное состояние		
☐ отопление:	☐ удовлетворительное состояние (нет протечек или повреждений труб, радиаторов отопления)			
	☐ неудовлетворительное состояние (есть протечки или повреждения труб, радиаторов отопления)			
☐ канализация:	☐ удовлетворительное состояние (нет протечек или повреждений труб)			

	☐ неудовлетворительное состояние (есть протечки или повреждения труб)	
8. Несущие стены и перекрытия, а также фундамент и крыша (для строений) находятся в удовлетворительном состоянии и не имеют повреждений:	☐ да	☐ нет, опишите:
9. Отделка (покрытие стен, потолка, пола, оконные и дверные конструкции) находится в удовлетворительном состоянии и не имеет повреждений:	☐ да	☐ нет, опишите:
10. Информация о земельном участке (заполняется, если отмечен п.2.7.6. Раздела 1):		
10.1. Общая площадь земельного участка: соток		
10.2.1. Земельный участок находится в удовлетворительном состоянии, повреждений верхнего плодородного слоя почвы нет:	☐ да	☐ нет, опишите:
11. Наличие действующих договоров страхования имущества:	☐ нет	☐ да, укажите информацию:

№ п/п	Номер договора	Дата заключения	Страховая компания
1		. .	
2		. .	
3		. .	

РАЗДЕЛ 3.1. СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ (Застрахованное лицо №1)

1. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВЫЕ РИСКИ	
1. Страховая сумма на дату заключения договора страхования:	
2. Страховые риски:	☒ смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни
	☒ установление Застрахованному лицу 1 или 2 группы инвалидности в результате несчастного случая и/или болезни

2. ВОПРОСЫ ОБЩЕГО И МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА				
2.1. Рост: см	2.2. Вес: кг	2.3.Курение:	☐ не курю	☐ курю: сигарет в день:
2.4. Потребление алкоголя, л в год:	☐ пиво:	☐ вино:	☐ крепкие напитки (40 гр. и более):	
2.5. Последнее измерение артериального давления:	систолическое (верхнее): мм рт. ст.		2.6. Изменялся ли Ваш вес более чем на 5 кг за последний год?	☐ нет
	диастолическое (нижнее): мм рт. ст.			☐ да, на кг
2.7. Являетесь ли Вы инвалидом?	☐ нет	☐ да ► дайте развернутый ответ:		
2.8. Направлялись ли Вы ранее на освидетельствование по причине признания Вас инвалидом?	☐ нет	☐ да ► опишите причину:		
2.9. Застрахованы ли Ваши жизнь и здоровье в СГ «УралСиб» или других страховых компаниях?	☐ нет	☐ да ► укажите страховую компанию:		

2.10. Включены ли нижеследующие обязанности в Вашу профессиональную деятельность и/или должностные обязанности: работа на высоте свыше 15 м, в водной акватории и/или под водой, работа в нефтегазовой промышленности, под землей, со взрывчатыми веществами, с опасными химическими веществами и/или составами, микроорганизмами, вирусами, с использованием огнестрельного оружия?	☐ нет	☐ да
2.11. Планируете ли Вы посещать по долгу службы или по иным причинам «горячие» точки планеты (места вооруженных конфликтов, военных действий), а также Чечню, Дагестан, Ингушетию?	☐ нет	☐ да
2.12. Занимаетесь ли Вы в качестве хобби или профессионально авиацией, плаванием с аквалангом, парашютным спортом, дельтапланеризмом, автомобильными гонками, горными или водными лыжами, парусным спортом, альпинизмом, спелеологией, боксом, верховой ездой, борьбой или боевыми искусствами и т.п.? Если «да», укажите род занятий:	☐ нет	☐ да
2.13. Связана ли Ваша профессиональная деятельность сейчас или была связана ранее с вредным и/или опасным производством или иными вредными условиями труда? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да

4. МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА. Болели и страдали ли Вы когда-нибудь нижеуказанными заболеваниями и симптомами?		
4.1. Болезни сердечно-сосудистой системы (эндокардит, миокардит, стенокардия, врожденные или приобретенные пороки сердца, гипертоническая или варикозная болезни, боли в сердце, перебои, одышка, повышение артериального давления, тромбофлебит, другие заболевания сосудов)? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да

4.2. Болезни легких или дыхательных путей (бронхиальная астма, хронический бронхит, плеврит, пневмония, туберкулез или какие-либо другие заболевания), длительный кашель, кровохарканье? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да
4.3. Заболевания пищеварительной системы, желчного пузыря или печени (язва желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический гастрит, хроническая или периодически повторяющаяся диарея или другие хронические заболевания), изжога, тошнота, желтуха? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да
4.4. Заболевания почек или мочеполовой системы (пиелонефрит, мочекаменная болезнь, врожденные пороки развития почек и мочеполовых органов)? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да
4.5. Нервные расстройства, психические заболевания (эпилепсия, обмороки, инсульт, паралич, депрессия, потребовавшая обращения к врачу)? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да
4.6. Заболевания уха, горла, носа, глаз (хронические отиты, частые ангины, снижение слуха или зрения)? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да
4.7. Заболевания опорно-двигательного аппарата (остеохондроз, межпозвоночная грыжа, артриты, подагра или какие-либо другие заболевания костей и суставов)? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да
4.8. Диабет, заболевания щитовидной железы, повышенный уровень сахара крови? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да
4.9. Новообразования (опухоли злокачественные и доброкачественные, кисты, узловые образования любой локализации), а также любые заболевания крови? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да
4.10. Вопрос для женщин: имелись ли у Вас какие-либо заболевания женских половых органов или заболевания молочных желез, осложненные беременности, роды, кесарево сечение? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да
4.11. Вопрос для женщин: беременны ли вы сейчас (если «Да», то укажите срок беременности, какая по счету беременность и как протекали предыдущие беременности и роды)? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да
4.12. Проходили ли Вы обследование или лечение в связи с заболеванием СПИДом (ВИЧ инфекций) или заболеваниями, передающимися половым путем (включая гепатиты)? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да
4.13. Принимали ли Вы разного рода седативные (снотворные) вещества, транкливизаторы (антидепрессанты) или наркотические вещества в лечебных или иных целях? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да
4.14. Проходили ли Вы за последние 5 лет специальные обследования (рентген, ЭКГ, УЗИ, томографию) в связи с заболеваниями? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да
4.15. Имелись ли у Вас другие болезни, травмы, операции, госпитализации, нетрудоспособность за последние 5 лет? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да
4.16. Находитесь ли Вы в настоящее время на лечении или под постоянным наблюдением врача? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да
4.17. Состоите ли Вы в настоящее время или состояли ранее на диспансерном учете в психоневрологическом, наркологическом, противотуберкулезном диспансерах? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да

5. ИСТОРИЯ СЕМЬИ		
5.1. Страдали ли от диабета, рака, инсульта, заболеваний сердца или болезней почек Ваши родители, братья или сестры в возрасте до 60 лет (живые или умершие)? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да

Заявляю, что все сведения, указанные на данном листе настоящего Заявления, соответствуют действительности.

Я согласен(на) с тем, что АО «Страховая группа «УралСиб» имеет право потребовать признания Договора страхования недействительным или отказать в страховой выплате в случае, если Страхователь (Застрахованное лицо) сообщил заведомо ложные сведения. Я предоставляю АО «Страховая группа «УралСиб» право произвести индивидуальную оценку риска, связанного с принятием меня на страхование. Я поставлен(а) в известность о возможном изменении тарифа в связи с результатом оценки риска. Я разрешаю любому лечебному учреждению или врачу, куда и к кому я обращался (обращалась), предоставить полную информацию, касающуюся состояния моего здоровья, а также результаты Медицинских исследований по требованию АО «Страховая группа «УралСиб».

АО «Страховая группа «УралСиб» осуществляет обработку персональных данных о состоянии здоровья, указанных в настоящем Заявлении, в том числе без использования средств автоматизации, в целях исполнения заключаемого договора. Срок обработки – в течение срока действия Договора страхования и периода исполнения обязательств, связанных с Договором страхования. Обработка персональных данных предусматривает сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), обезличивание, блокирование, уничтожение, использование для оценки риска и степени его изменения. Застрахованное лицо имеет право отозвать согласие на обработку персональных данных путем подачи письменного заявления в АО «Страховая группа «УралСиб».

Даю согласие АО «Страховой группе «УралСиб» осуществлять обработку с участием третьих лиц (страховых агентов, страховых брокеров, сервис-провайдеров ИТ-услуг) моих персональных данных, указанных в настоящем Заявлении.

Даю согласие на получение АО «Страховой группой «УралСиб» информации из бюро страховых, кредитных историй в объеме, порядке и на условиях, предусмотренных действующим законодательством в целях исполнения договоров страхования и оценки страхового риска.

Застрахованное лицо №1 (Страхователь)

Фамилия И.О.	подпись	дата
		. .

РАЗДЕЛ 3.2. СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ (Застрахованное лицо №2)

1. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВЫЕ РИСКИ	
1. Страховая сумма на дату заключения договора страхования:	
2. Страховые риски:	☒ смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни
	☒ установление Застрахованному лицу 1 или 2 группы инвалидности в результате несчастного случая и/или болезни

2. ВОПРОСЫ ОБЩЕГО И МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА				
2.1. Рост: см	2.2. Вес: кг	2.3.Курение:	☐ не курю	☐ курю: сигарет в день:
2.4. Потребление алкоголя, л в год:	☐ пиво:	☐ вино:	☐ крепкие напитки (40 гр. и более):	
2.5. Последнее измерение артериального давления:	систолическое (верхнее): мм рт. ст.		2.6. Изменялся ли Ваш вес более чем на 5 кг за последний год?	☐ нет
	диастолическое (нижнее): мм рт. ст.			☐ да, на кг
2.7. Являетесь ли Вы инвалидом?	☐ нет	☐ да ► дайте развернутый ответ:		
2.8. Направлялись ли Вы ранее на освидетельствование по причине признания Вас инвалидом?	☐ нет	☐ да ► опишите причину:		
2.9. Застрахованы ли Ваши жизнь и здоровье в СГ «УралСиб» или других страховых компаниях?	☐ нет	☐ да ► укажите страховую компанию:		

2.10. Включены ли нижеследующие обязанности в Вашу профессиональную деятельность и/или должностные обязанности: работа на высоте свыше 15 м, в водной акватории и/или под водой, работа в нефтегазовой промышленности, под землей, со взрывчатыми веществами, с опасными химическими веществами и/или составами, микроорганизмами, вирусами, с использованием огнестрельного оружия?	☐ нет	☐ да
2.11. Планируете ли Вы посещать по долгу службы или по иным причинам «горячие» точки планеты (места вооруженных конфликтов, военных действий), а также Чечню, Дагестан, Ингушетию?	☐ нет	☐ да
2.12. Занимаетесь ли Вы в качестве хобби или профессионально авиацией, плаванием с аквалангом, парашютным спортом, дельтапланеризмом, автомобильными гонками, горными или водными лыжами, парусным спортом, альпинизмом, спелеологией, боксом, верховой ездой, борьбой или боевыми искусствами и т.п.? Если «да», укажите род занятий:	☐ нет	☐ да
2.13. Связана ли Ваша профессиональная деятельность сейчас или была связана ранее с вредным и/или опасным производством или иными вредными условиями труда? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да

4. МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА. Болели и страдали ли Вы когда-нибудь нижеуказанными заболеваниями и симптомами?		
4.1. Болезни сердечно-сосудистой системы (эндокардит, миокардит, стенокардия, врожденные или приобретенные пороки сердца, гипертоническая или варикозная болезни, боли в сердце, перебои, одышка, повышение артериального давления, тромбофлебит, другие заболевания сосудов)? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да
4.2. Болезни легких или дыхательных путей (бронхиальная астма, хронический бронхит, плеврит, пневмония, туберкулез или какие-либо другие заболевания), длительный кашель, кровохарканье?	☐ нет	☐ да

Если «да», дайте развернутый ответ:		
4.3. Заболевания пищеварительной системы, желчного пузыря или печени (язва желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический гастрит, хроническая или периодически повторяющаяся диарея или другие хронические заболевания), изжога, тошнота, желтуха? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да
4.4. Заболевания почек или мочеполовой системы (пиелонефрит, мочекаменная болезнь, врожденные пороки развития почек и мочеполовых органов)? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да
4.5. Нервные расстройства, психические заболевания (эпилепсия, обмороки, инсульт, паралич, депрессия, потребовавшая обращения к врачу)? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да
4.6. Заболевания уха, горла, носа, глаз (хронические отиты, частые ангины, снижение слуха или зрения)? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да
4.7. Заболевания опорно-двигательного аппарата (остеохондроз, межпозвоночная грыжа, артриты, подагра или какие-либо другие заболевания костей и суставов)? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да
4.8. Диабет, заболевания щитовидной железы, повышенный уровень сахара крови? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да
4.9. Новообразования (опухоли злокачественные и доброкачественные, кисты, узловые образования любой локализации), а также любые заболевания крови? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да
4.10. Вопрос для женщин: имелись ли у Вас какие-либо заболевания женских половых органов или заболевания молочных желез, осложненные беременности, роды, кесарево сечение? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да
4.11. Вопрос для женщин: беременны ли вы сейчас (если «Да», то укажите срок беременности, какая по счету беременность и как протекали предыдущие беременности и роды)? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да
4.12. Проходили ли Вы обследование или лечение в связи с заболеванием СПИДом (ВИЧ инфекций) или заболеваниями, передающимися половым путем (включая гепатиты)? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да
4.13. Принимали ли Вы разного рода седативные (снотворные) вещества, транкливизаторы (антидепрессанты) или наркотические вещества в лечебных или иных целях? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да
4.14. Проходили ли Вы за последние 5 лет специальные обследования (рентген, ЭКГ, УЗИ, томографию) в связи с заболеваниями? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да
4.15. Имелись ли у Вас другие болезни, травмы, операции, госпитализации, нетрудоспособность за последние 5 лет? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да
4.16. Находитесь ли Вы в настоящее время на лечении или под постоянным наблюдением врача? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да
4.17. Состоите ли Вы в настоящее время или состояли ранее на диспансерном учете в психоневрологическом, наркологическом, противотуберкулезном диспансерах? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да

5. ИСТОРИЯ СЕМЬИ		
5.1. Страдали ли от диабета, рака, инсульта, заболеваний сердца или болезней почек Ваши родители, братья или сестры в возрасте до 60 лет (живые или умершие)? Если «да», дайте развернутый ответ:	☐ нет	☐ да

Заявляю, что все сведения, указанные на данном листе настоящего Заявления, соответствуют действительности.

Я согласен(на) с тем, что АО «Страховая группа «УралСиб» имеет право потребовать признания Договора страхования недействительным или отказать в страховой выплате в случае, если Страхователь (Застрахованное лицо) сообщил заведомо ложные сведения. Я предоставляю АО «Страховая группа «УралСиб» право произвести индивидуальную оценку риска, связанного с принятием меня на страхование. Я поставлен(а) в известность о возможном изменении тарифа в связи с результатом оценки риска. Я разрешаю любому лечебному учреждению или врачу, куда и к кому я обращался (обращалась), предоставить полную информацию, касающуюся состояния моего здоровья, а также результаты Медицинских исследований по требованию АО «Страховая группа «УралСиб».

АО «Страховая группа «УралСиб» осуществляет обработку персональных данных о состоянии здоровья, указанных в

настоящем Заявлении, в том числе без использования средств автоматизации, в целях исполнения заключаемого договора. Срок обработки – в течение срока действия Договора страхования и периода исполнения обязательств, связанных с Договором страхования. Обработка персональных данных предусматривает сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), обезличивание, блокирование, уничтожение, использование для оценки риска и степени его изменения. Застрахованное лицо имеет право отозвать согласие на обработку персональных данных путем подачи письменного заявления в АО «Страховая группа «УралСиб».

Даю согласие АО «Страховой группе «УралСиб» осуществлять обработку с участием третьих лиц (страховых агентов, страховых брокеров, сервис-провайдеров ИТ-услуг) моих персональных данных, указанных в настоящем Заявлении.

Даю согласие на получение АО «Страховой группой «УралСиб» информации из бюро страховых, кредитных историй в объеме, порядке и на условиях, предусмотренных действующим законодательством в целях исполнения договоров страхования и оценки страхового риска.

Застрахованное лицо №2 (Страхователь)

Фамилия И.О.	подпись	дата
		. .

РАЗДЕЛ 4. СТРАХОВАНИЕ ПОТЕРИ ПРАВА СОБСТВЕННОСТИ (ТИТУЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ)

1. Настоящее Заявление заполняется:	☐ до государственной регистрации сделки купли-продажи с подлежащим страхованию имуществом, которая совершается с использованием кредитных средств согласно кредитному договору, указанному в п.2 Раздела 1 настоящего Заявления		
	☐ после государственной регистрации сделки купли-продажи с подлежащим страхованию имуществом, которая была совершена с использованием кредитных средств согласно кредитному договору, указанному в п.2 Раздела 1 настоящего Заявления		
	☐ после государственной регистрации сделки с подлежащим страхованию имуществом, приобретенным ранее без использования кредитных средств согласно кредитному договору, указанному в п.2 Раздела 1 настоящего Заявления		
2. Находится ли подлежащее страхованию имущество под арестом?		☐ нет	☐ да
3. Является ли подлежащее страхованию имущество объектом судебных разбирательств?		☐ нет	☐ да
4. Есть ли в отношении подлежащего страхованию имущества претензии со стороны третьих лиц?		☐ нет	☐ да

РАЗДЕЛ 5. ПРИЛОЖЕНИЯ

Заявляю, что вышеуказанные сведения, внесенные мной или от моего имени в настоящее Заявление, соответствуют действительности.

Я согласен(на) с тем, что АО «Страховая группа «УралСиб» имеет право потребовать признания Договора страхования недействительным или отказать в страховой выплате в случае, если Страхователь (Застрахованное лицо) сообщил заведомо ложные сведения.

Страхователь

Фамилия И.О.	подпись	дата
		. .