

Образец

**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	Иванов Олег Петрович		
Паспорт	серия 0102 № 123.56 выдан 12.01.2007г. Отделением УФМС РФ по Чертановскому р-ну	код подразделения	130-014
Место рождения	п. Черемное, Свердловская обл.		
Адрес места регистрации	г. Москва, ул. Лебеденская 9, 17 кв 1		
Адрес для корреспонденции	г. Москва, ул. Чертановская 9, 30 кв 14		
Телефоны	8 (926) 053 17 16 E-mail: (если есть)		
Категория, должность, место работы	<input checked="" type="checkbox"/> Работник локомотивной бригады <input type="checkbox"/> Работник, обеспечивающий движение поездов Должность: машинист (электровоза) (тепловоза) Место работы: ТЧ-46 Брянск-II МЖД		
Дата рождения	22.06.1973 г.	Пол (м/ж):	муж.
Гражданство	<input checked="" type="checkbox"/> РФ <input type="checkbox"/> Иное (указать) ИНН (если есть)		
Возраст выхода на пенсию	55 лет	Годовой доход за календарный год (руб.):	600 000.00

**2. Выгодоприобретатель (на случай смерти Застрахованного лица)**

Фамилия, имя, отчество	Иванова Анна Викторовна		
Паспорт	серия 0102 № 345678 выдан Отделением УФМС РФ по Рязанской обл., г. Рязань	код подразделения	220-401
Место рождения	г. Рязань		
Адрес места регистрации	г. Москва, ул. Лебеденская 9, 17 кв 1		
Телефоны	8 (925) 135 20 16 E-mail: (если есть)		
Дата рождения	17.04.1974 г.	Гражданство:	<input checked="" type="checkbox"/> РФ <input type="checkbox"/> Иное (указать) ИНН (если есть)

- 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 между возрастом Застрахованного (полных лет) на дату заключения Договора страхования и возрастом Застрахованного лица, дающего ему право на получение трудовой пенсии

**5. Страховые риски**

	Страховая сумма выберите ОДИН из вариантов Страховой суммы			
5.1 ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НЕПРИГОДНОСТЬ	<input type="checkbox"/> 100 000	<input type="checkbox"/> 200 000	<input type="checkbox"/> 300 000	<input checked="" type="checkbox"/> 400 000
5.2 СМЕРТЬ по любой причине	На каждый период оплаты 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 суммы подлежащих оплате страховых взносов по договору страхования)	18 - 19 лет - 100%		35 - 39 лет - 60%	
	20 - 24 года - 90%		40 - 44 года - 55%	
	25 - 29 лет - 80%		45 - 58 лет - 50%	
	30 - 34 года - 70%			

**6. Порядок и форма уплаты страховых взносов** Периодичность:  ежемесячно  ежеквартально  раз в полгода  ежегодно  
 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.

**8. Декларация:**  
 Настоящим Страхователь заявляет, что он:  
 8.1. Не является инвалидом 1, 2, 3 группы и не направлен на медико-социальную экспертизу для установления инвалидности.  
 8.2. Не страдает злокачественными новообразованиями, в том числе 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-инфицированием.  
 8.3. За последние 5 лет в отношении него не проводилось хирургическое вмешательство (за исключением эндоскопического чреспеченочного удаления камней желчных протоков, операции на ногтях (удаление и пластика вросшего ногтя), аппендэктомии, лазерной коррекции зрения, удаления камня из протока подчелюстных, подъязычных, околоушных слюнных желез, удаления миндалин (тонзилэктомии), диагностического выскабливания слизистой тела матки и/или цервикального канала, иссечения кист, папиллом, полипов половых путей, пластики уздечки верхней и нижней губы или языка, удаления зуба, установки имплантата зуба, пластической операции (эстетической хирургии), первичной хирургической обработки ран) и он не был направлен на госпитализацию.  
 8.4. Не нуждается по медицинским показаниям в длительной посторонней помощи или постоянном приеме лекарств.  
 8.5. Не связан с особым риском в связи с трудовой деятельностью (например: облучение, работа с химическими и взрывчатыми веществами, источниками повышенной опасности, работа на высоте, под землей, под водой, на нефтяных и газовых платформах, с оружием, в правоохранительных органах, инкассация, испытания, частые (более одного раза в месяц) командировки и т.п.) или хобби.  
 8.6. Выражает согласие на использование 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. № 2300-1 «О защите прав потребителей», предоставлена мне в полном объеме, разъяснена и понята мной.

Страхователь Иванов О.П. (подпись) | Иванов О.П. (ФИО)

- 9. Приложения**
- Декларация о состоянии здоровья
  - Согласие на обработку персональных данных (на оборотной стороне настоящего Заявления)
  - Заявление о назначении Выгодоприобретателей

Страхователь Иванов О.П. (подпись) | Иванов О.П. (ФИО)

Дата 01.09.2016