Приложение к договору страхования № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 | | | | 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 | | | | 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 между возрастом Застрахованного (полных лет) на дату заключения Договора страхования и возрастом Застрахованного лица, дающего ему право на получение трудовой пенсии ,минус один год. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 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  20 - 24 года  25 - 29 лет  30 - 34 года | | | | | | - 100%  - 90%  - 80%  - 70% | | | | | | | 35 - 39 лет  40 - 44 года  45 - 58 лет | | - 60%  - 55%  - 50% | | | |
| **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.  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 прикреплен по месту работы. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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-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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | - Заявление о назначении Выгодоприобретателей | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Страхователь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.  *(подпись) (ФИО)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |