

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВАНИЕ

ПРОШУ ЗАКЛЮЧИТЬ ДОГОВОР ИПОТЕЧНОГО СТРАХОВАНИЯ НА СЛЕДУЮЩИХ УСЛОВИЯХ

ЧАСТЬ I: ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

1. СТРАХОВАТЕЛЬ (Ф.И.О.):		ГРАЖДАНСТВО:
2. ДАТА РОЖДЕНИЯ:	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ:	ПОЛ: м <input type="checkbox"/> ж <input type="checkbox"/>
3. МЕСТО РОЖДЕНИЯ:		
4. ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ (паспорт №, кем и когда выдан, код подразделения): серия _____ номер _____, кем выдан: _____, дата выдачи: _____, код подразделения: _____		
Идентификационный номер налогоплательщика (в случае наличия):		
АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ:		
МОБ. ТЕЛЕФОН, E-MAIL:		
МЕСТО РАБОТЫ:		
ДОЛЖНОСТЬ:		
РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН, E-MAIL:		
5. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЕМ на получение страхового обеспечения (назначен по воле Страхователя/Застрахованного) является: _____ (указать Банк) в части остатка ссудной задолженности по кредиту, и Страхователь / Застрахованный в части превышения причитающихся _____ (указать Банк) платежей.		
6. ИНФОРМАЦИЯ О КРЕДИТЕ:		
Размер:	Процентная ставка:	Валюта: <input type="checkbox"/> Рубли РФ <input type="checkbox"/> Доллары США <input type="checkbox"/> Иная:
Контактные данные кредитного инспектора и / или адрес места выдачи кредитных средств:		
7. Срок страхования (в месяцах): _____ Валюта договора страхования: <input type="checkbox"/> в валюте Кредита <input type="checkbox"/> Иная:		
8. Фактическая цена приобретения Недвижимого имущества:		

ЧАСТЬ II: СТРАХОВАНИЕ ИМУЩЕСТВА ОТ ГИБЕЛИ И ПОВРЕЖДЕНИЯ

Страхованию подлежит следующее Недвижимое имущество: квартира дом гараж другое (укажите): _____

СТРАХОВАНИЕ КВАРТИР, ДОМОВ, ТАУНХАУСОВ И ИНЫХ СТРОЕНИЙ*

* страхование только несущих и ненесущих стен; перекрытий; перегородок; окон; дверей (исключая межкомнатные двери), исключая инженерное оборудование и внутреннюю отделку.

Действительная (рыночная) стоимость Недвижимого имущества в валюте кредита:

Стоимость Недвижимого имущества определена на основании:

Отчёта независимой оценочной компании / ИП (Название организации / Ф.И.О.): _____ Иного документа: _____
 Номер и дата проведённой оценки: _____

Страховая сумма равна:
 размеру Кредита, увеличенному на _____ %, но не более действительной стоимости Недвижимого имущества по отчету об оценке: _____
 размеру Кредита, но не более действительной стоимости имущества по отчету об оценке: _____
 (иное): _____

A01. Адрес Недвижимого имущества:

A02. Общая площадь: _____ кв.м. **Год постройки:** _____ **Количество комнат:** _____ **Этаж:** _____ **Этажность:** _____

A03. Укажите наличие средств и систем безопасности Имущества: охранная сигнализация пожарная сигнализация другое: _____

A04. Укажите наличие источников открытого огня: газовая плита газовая колонка/котел камин/печь другое: _____

A05. Материал конструкций дома (стены): бетон кирпич дерево монолит иное: _____

A06. Материал межэтажных перекрытий: бетон кирпич дерево иное: _____ не знаю

A07. Материал межкомнатных перегородок: бетон кирпич дерево иное: _____ не знаю

A08. Состояние коммуникаций (отопление, газоснабжение, канализация, водопровод, электроснабжение):

Требуют ремонта/замены? Да Нет Если ДА, какие именно: _____

Находятся в неисправном состоянии? Да Нет Если ДА, какие именно: _____

A09. Техническое состояние здания Является ли здание аварийным? Да Нет

Износ здания превышает 60%? Да Нет

Числится ли здание в программе реконструкции, капитального ремонта, сноса? Да Нет

A10. Будет ли сдаваться Имущество в аренду третьим лицам? Да Нет

A11. Известны ли Вам физические повреждения имущества за последние 5 лет? Если ДА, какие именно: _____ Да Нет

A12. Имеется ли несогласованная в установленном законом порядке перепланировка Недвижимого имущества? Да Нет

Если ДА, какая именно: _____

A13. Планируете ли Вы проведение ремонтных или отделочных работ в приобретаемом имуществе? Да Нет

Если ДА, то необходимо заполнить информацию ниже:

Предполагается ли использование лицензированных услуг строительно-ремонтной организации (юр. лица)? Да Нет

Ориентировочные сроки ремонта: с _____ .20 г. по _____ .20 г.

Предполагаемые виды работ: перенос стен, создание перегородок замена труб работы по электричеству, проводке

создание проемов в стенах (двери, арки) замена сантехники замена окон, дверей

ремонт / замена паркета, ламината другое (перечислить): _____

ЧАСТЬ III: СТРАХОВАНИЕ ПОТЕРИ ИМУЩЕСТВА В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ ИЛИ ограничения (обременения) ПРАВА СОБСТВЕННОСТИ

Страховая сумма равна:

- размеру Кредита, увеличенному на _____ %, но не более действительной стоимости Недвижимого имущества по отчету об оценке: _____
 размеру Кредита, но не более действительной стоимости имущества по отчету об оценке: _____
 (иное): _____

В01. Недвижимое имущество приобретается/приобретено: на первичном рынке на вторичном рынке

Если недвижимое имущество приобретается (приобретено) на вторичном рынке, укажите цену, которая будет указана (указана) в договоре купли-продажи недвижимости с использованием кредитных средств:

В02. Недвижимое имущество в настоящее время находится в собственности: Страхователя Продавца

В03. Продавец (Страхователь) владеет имуществом: единолично общ. долевая общ. совместная

В04. Сделка по приобретению Недвижимого имущества проводится: Непосредственно сторонами сделки Агентством недвижимости / доверенным лицом (название, Ф.И.О. и телефон): _____

В05. Сведения о предыдущих отчуждениях Недвижимого имущества (если были):

Предыдущие сделки	Количество сделок	Дата сделки	Количество лиц, принимающих участие в сделке
<input type="checkbox"/> купля-продажа*			
<input type="checkbox"/> инвестирование*			
<input type="checkbox"/> участие в ЖСК*			
<input type="checkbox"/> мена*			
<input type="checkbox"/> приватизация			
<input type="checkbox"/> наследование по завещанию			
<input type="checkbox"/> наследование по закону			
<input type="checkbox"/> дарение			
<input type="checkbox"/> пожизненная рента			
<input type="checkbox"/> иное:			

Укажите количество сделок, совершенных за последние 12 месяцев: _____ шт.

В06. Сведения об обременении Недвижимого имущества: Да Нет

Если **ДА:** залогом (ипотекой) доверительным управлением арендой арестом иное: _____

В07. Наличие граждан, зарегистрированных на территории Недвижимого имущества: Да Нет

Если **ДА:** Количество, Ф.И.О.**: _____

**отдельно выделить несовершеннолетних, а также не членов семьи собственника

В08. Наличие граждан, незарегистрированных на территории Недвижимого имущества, но имеющих право пользования (ранее выписанных в места лишения свободы, призванных в армию и т.д.): Да Нет

В09. Являлось ли Недвижимое имущество объектом судебных разбирательств в прошлом или в настоящее время? Да Нет

В10. Существуют/существовали ли ранее претензии/иски со стороны третьих лиц в отношении Недвижимого имущества? Да Нет

В11. Существует ли непогашенная задолженность за коммунальные услуги? Если да, то в каком объеме? Да Нет

***Дополнительные вопросы по возмездным сделкам:**

В12. Недвижимое имущество приобреталось Продавцом с помощью кредитных средств? Да Нет

В13. Имеются ли у Продавца двое или более детей? Если ДА, укажите дату рождения последнего ребенка: _____ Да Нет

В14. Использовались ли средства материнского капитала Продавцом в отношении Недвижимого имущества, подлежащего страхованию? Да Нет

(При положительном ответе дайте развернутый ответ к данному Заявлению)

Если Вы ответили "ДА" на любой из вопросов с **В06 - В14**, внесите в нижеприведенную таблицу номер вопроса и дайте подробный ответ на поставленный вопрос.

№ ВОПРОСОВ	ПОДРОБНЫЕ ОТВЕТЫ

ЧАСТЬ IV: СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ И ТРУДОСПОСОБНОСТИ ЗАЁМЩИКА

Страховая сумма равна:

- размеру Кредита, увеличенному на _____ %: _____
 размеру Кредита, увеличенному на _____ % и скорректированному на долю в общем доходе в размере _____ % (для 2х и более Застрахованных): _____
 размеру Кредита: _____
 иное: _____

1. ЗАСТРАХОВАННЫЙ ЗАЁМЩИК:

<input type="checkbox"/> СТРАХОВАТЕЛЬ	<input type="checkbox"/> ИНОЕ лицо		
	ЗАСТРАХОВАННЫЙ (Ф.И.О.):		ГРАЖДАНСТВО:
	ДАТА РОЖДЕНИЯ	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ:	ПОЛ: <input type="checkbox"/> м <input type="checkbox"/> ж <input type="checkbox"/>
	МЕСТО РОЖДЕНИЯ:		
	МЕСТО РАБОТЫ:		
	ДОЛЖНОСТЬ:		
РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН, E-MAIL:			

2.1. Категория подтверждения дохода	<input type="checkbox"/> Клиенты с доходом по 2НДФЛ	<input type="checkbox"/> Клиенты с доходом по форме банка
	<input type="checkbox"/> Иное (указать)	

2.2. Статус занятости	<input type="checkbox"/> Работа по найму	<input type="checkbox"/> Пенсионер
	<input type="checkbox"/> Собственник бизнеса, Индивидуальный предприниматель	<input type="checkbox"/> Безработный
	<input type="checkbox"/> Иное (указать)	

2.3. Кратко должностные обязанности:

3. ВОПРОСЫ ОБЩЕГО И МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА

Укажите показатели Вашего роста и веса:	Рост (см)	Вес (кг)	
Изменялся ли Ваш вес более чем на 5 кг за последний год? Если «Да», укажите причину _____)			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Показатели Вашего артериального давления (мм. рт. ст.): _____ / _____			
Информация о курении за последние 12 месяцев (количество сигарет в день): _____			
Потребление алкоголя (вид алкоголя и количество за неделю в литрах): пиво _____; вино _____; крепкие напитки (> 40) _____			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Получали ли Вы врачебные рекомендации о снижении или отмене потребления табака и/или алкоголя в связи с состоянием здоровья? Если «Да», укажите причину _____			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C01. Застрахована ли Ваша жизнь или здоровье в других компаниях (кроме ДМС, ОМС, ВЗР, корпоративного страхования (страхования от работодателя))?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C02. Подавали ли Вы уже заявление на страхование жизни в другую компанию, которое было отклонено или принято на особых условиях ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C03. Включены ли нижеследующие обязанности в Вашу профессию: работа на высоте свыше 15 м; в водной акватории или под водой; в нефтяной или газовой промышленности; под землей, например, в шахтах; с взрывчатыми веществами; с опасными химическими веществами или системами?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C04. Намереваетесь ли Вы посещать «горячие» точки (места вооруженных конфликтов или военных действий)?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C05. Занимаетесь ли Вы в качестве хобби или профессионально: авиацией; плаванием с аквалангом; парашютным спортом; дельтапланеризмом; автомобильными гонками; мотоспортом; горными или водными лыжами; парусным спортом; альпинизмом; спелеологией; боксом; верховой ездой; борьбой или боевыми искусствами и т.п.? Если «Да», то каким? _____			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C05.1. Совершаете ли Вы авиAPERелеты в качестве пассажира или члена экипажа кроме/ помимо регулярных или чартерных авиарейсов признанных авиакомпаний, имеющих государственные лицензии на осуществление соответствующей деятельности? Если «Да», уточните подробнее: _____			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C06. Связана ли Ваша профессиональная деятельность сейчас или была связана ранее с вредным или опасным производством?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА

(При положительном ответе дайте развернутый ответ)

C07. Пожалуйста, сообщите название и адрес поликлиники (лечебного учреждения), которой Вы обычно пользуетесь (кроме стоматологии), и Ф.И.О. лечащего врача	– по месту жительства, ОМС:	
	– по ДМС (Страховщик - _____):	
	– на коммерческой основе:	

Дата последней консультации _____, Специальность врача _____, Заключение _____

C08. Имеете ли Вы или имели в прошлом I, II или III группу инвалидности (в том числе категория «ребенок-инвалид») или направлены/были направлены на медико-социальную экспертизу для установления инвалидности?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
---	--

ИМЕЛИ ЛИ ВЫ В ПРОШЛОМ ЛИБО ИМЕЕТЕ ЛИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ, УКАЗАННЫЕ НИЖЕ?

C09. Любое заболевание сердечно-сосудистой системы (например: эндокандинт, шумы в сердце, боли за грудиной, одышка, сердцебиения); повышенное артериальное давление, заболевание сосудов (артериит, тромбофлебит и т.д.), нарушение кровообращения?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C10. Болезни легких или дыхательных путей (астма, бронхит, пневмония, туберкулез и т.д.)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C11. Заболевания пищеварительной системы, желчного пузыря или печени (язва, хр. гастрит, диарея, изжога, и т.д.)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C12. Заболевания почек или мочеполовой системы (частые отеки, белок в моче, камни, венерические заболевания)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C13. Нервные расстройства, психические заболевания (эпилепсия, паралич, временная потеря сознания)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C14. Заболевания уха, горла, носа, глаз (отиты, тонзиллиты, ангины, близорукость/дальнозоркость (в диоптриях), иные нарушения зрения)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C15. Заболевания опорно-двигательного аппарата (мышцы, кости, суставы, позвоночник): остеохондроз, миозит, артрит, ревматизм, подагра?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C16. Диабет, заболевания щитовидной железы, болезни эндокринной системы?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C17. Заболевания крови и лимфатической системы (анемия, гемофилия, лейкомия, лимфомы и т.д.)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C18. Диагностированы ли у Вас или были диагностированы в прошлом заболевания, классифицируемые в соответствии с Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) по следующим кодам: C00-C97 – злокачественные новообразования; D00-D09 – новообразования IN SITU; D10-D36 – доброкачественные новообразования; D37-D48 – новообразования неопределенного или неизвестного характера (т.е. новообразования, вызывающие сомнения в том, являются ли они злокачественными или доброкачественными)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C19. Проходили ли вы медицинское освидетельствование, лечение или исследования крови в связи со СПИДОМ (ВИЧ инфекций) или заболеваниями, передающимися половым путем (включая гепатиты)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Заявление на страхование

Подпись Страхователя: _____

C20. Состоите ли Вы на диспансерном учете или рекомендовано ли Вам наблюдение врача на регулярной основе по поводу смертельно опасных болезней: злокачественных (онкологических) заболеваний и / или болезней системы крови, ВИЧ-инфицировании или СПИДа?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C21. Принимали Вы разного рода седативные (снотворные) вещества, транквилизаторы (антидепрессанты) или наркотические вещества в лечебных или иных целях?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C22. Отстранялись ли Вы когда-либо от работы по состоянию здоровья (кроме ОРЗ, гриппа, простуды, беременности, родов)? (если ДА, укажите даты и подробности)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C23. Проходили ли Вы за последние 5 лет специальные обследования (рентген, ЭКГ, УЗИ) в связи с заболеваниями (за исключением диспансеризации, профилактических осмотров)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C24. Имелись ли у Вас другие болезни, травмы, операции, госпитализации, нетрудоспособность за последние 5 лет?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C25. Какие медикаменты Вы употребляете регулярно (кроме витаминов, контрацептивов, БАДов)? _____	
C26. Вопрос для женщин: Имелись ли у Вас какие-либо заболевания женских половых органов (молочных желез, придатков, матки), кесарево сечение по медицинским показаниям?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C27. Вопрос для женщин: Беременны ли вы сейчас (если ДА, укажите срок беременности, наличие/отсутствие осложнений)? _____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C28. Страдали ли от диабета, рака, инсульта, заболеваний сердца или болезней почек Ваши родители, братья или сестры, живые или умершие в возрасте до 60 лет? (если ДА, укажите степень родства, диагноз, возраст на момент постановки диагноза или смерти)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C29. Состоите ли Вы на учете в диспансере: <input type="checkbox"/> наркологическом <input type="checkbox"/> психоневрологическом <input type="checkbox"/> кожно-венерологическом <input type="checkbox"/> туберкулезном	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
C30. Имеются ли у Вас аллергические реакции (сезонные, периодические и т.д.) на пыльцу растений, пыль, шерсть животных, на определенные медикаменты и пищевые продукты? (если ДА, укажите степень выраженности/проявления)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если Вы ответили "ДА", на любой из вопросов с C01 по C30 , внесите в нижеприведенную таблицу номер вопроса и дайте подробный ответ на вопрос общего (наличие договоров страхования, хобби и т.д.) и/или медицинского характера (точный диагноз, дата его постановки, проведенное или проводимое лечение, исследования и их результаты).	

№ ВОПРОСОВ	ПОДРОБНЫЕ ОТВЕТЫ

ФИНАНСОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Информация о доходе:	Страхователь (Заемщик)
Суммарный годовой доход за последний год (руб.):	
от собственной профессиональной деятельности:	
в том числе: от инвестиций:	
из других источников:	
Оцените, пожалуйста, размер разницы между ежемесячными доходами и расходами (включая принимаемые ипотечные обязательства):	
Имеются ли у Вас другие кредитные обязательства?	Вид кредита (например, автокредит, потребительский кредит, ипотека):
	Размер кредита:
	Срок кредита:
Сколько иждивенцев находятся на Вашем содержании?	

Я заявляю, что мои ответы на вопросы, приведенные выше, являются правдивыми и полными, и понимаю, что в случае сообщения мной ложных сведений ООО СК «ВТБ Страхование» (далее – Страховщик) имеет право признать договор страхования недействительным. Я предоставляю Страховщику право произвести индивидуальную оценку страхового риска. Я понимаю, что должен (должна) сообщить Страховщику обо всех изменениях с имуществом, указанным в данном заявлении, а также о состоянии здоровья, о роде деятельности и увлечениях, связанных с риском несчастного случая.

Подписывая настоящее Заявление, Страхователь (Застрахованный):

Дает согласие в соответствии со ст.ст. 13, 19, 22 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» любому лечебному учреждению и/или врачу предоставлять в Страховщику, осуществляющему страхование по выбранной Страхователем (Застрахованным) программе, любые сведения, связанные со Страхователем (Застрахованным) и составляющие врачебную тайну. Данное согласие имеет силу с момента подачи мной настоящего заявления на страхование и продолжает свое действие также в период действия кредитного договора и/или договора страхования, увеличенного на 12 (двенадцать) месяцев.

Подтверждает своё согласие с тем, что Страховщик может в течение всего срока действия договора/ов страхования осуществлять обработку указанных в нём персональных данных Страхователя (Застрахованного). Под обработкой персональных данных понимается: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также совершение иных действий с персональными данными физических лиц в статистических целях, в целях проведения анализа страховых рисков и перестрахования.

Выражает согласие на получение информации об условиях договора страхования, который может быть заключен на основании настоящего заявления, об исполнении такого договора, о новых продуктах, услугах, акциях, специальных предложениях Страховщика.

Выражает своё согласие на раскрытие Страховщиком информации, содержащейся о Страхователе (Застрахованном) у любых третьих лиц, в том числе в кредитной истории Страхователя (Застрахованного), обращение с запросом в одно или несколько бюро кредитных историй для проверки сведений, указанных в настоящем заявлении и получения информации о Страхователе (Застрахованном). Данное согласие имеет силу с момента подачи мной настоящего заявления на страхование и продолжает свое действие также в период действия кредитного договора и/или договора страхования, увеличенного на 12 (двенадцать) месяцев.

Заявляет, что:

ни Страхователь (Застрахованный), ни его супруг (-а) или близкий родственник (родители, дети, дедушки, бабушки, внуки, полнородные и неполнородные братья и сестры, усыновители или усыновленные) не занимают должности, указанные в ст. 7.3 Федерального закона от 7 августа 2001 года N 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» (далее по тексту – «Закон №115-ФЗ»)*, а также Страхователь (Застрахованный) не действует по поручению вышеуказанных лиц.

Если «НЕТ», укажите степень родства, Ф.И.О., занимаемую должность:

Страхователь (Застрахованный) не имеет неисполненных обязательств по исполнительным листам и других неисполненных обязательств;

Если «НЕТ», уточните:

Страхователь (Застрахованный) не имеет действующей профессиональной дисквалификации в соответствии с законодательством РФ, непогашенной судимости; Если «НЕТ», уточните:

источниками происхождения средств, вносимых в качестве страхового взноса, являются личные накопления Страхователя (Застрахованного).

Если «НЕТ», уточните источник происхождения:

В случае если Страхователь (Застрахованный) или его супруг (-а) или близкий родственник (родители, дети, дедушки, бабушки, внуки, полнородные и неполнородные братья и сестры, усыновители или усыновленные) занимают должность, указанную выше, Страхователь (Застрахованный) обязуется сообщить об этом ООО СК «ВТБ Страхование» в письменном виде, в частности, указать следующую информацию: наименование должности, а в случае наличия принадлежности к иностранному публично-должностному лицу - источники происхождения денежных средств и иного имущества.

В случае несоответствия фактических обстоятельств и фактов, утверждениям, отраженным в настоящем документе, Страхователь (Застрахованный) обязуется письменно указать обстоятельства и факты, соответствующие фактическим.

Страхователь (Застрахованный) обязуется уведомить ООО СК «ВТБ Страхование» в письменной форме в течение 5 рабочих дней об изменении сведений, указанных в данном Заявлении.

Данное заявление является неотъемлемой частью договора страхования.

Заявление на страхование

Подписать Страхователя: _____

* Должности, указанные в статье 7.3 Закона №115-ФЗ: иностранное публичное должностное лицо, должность в международной публичной организации, государственная должность РФ, должность члена Совета Директоров Центрального банка РФ, должность Федеральной государственной службы, назначение/освобождение от которой осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должность в Центральном банке РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемых Президентом РФ

С данными медицинской анкеты ознакомлен и согласен, **иных** хронических заболеваний и жалоб, кроме указанных в заявлении на страхование, не имею.

СТРАХОВАТЕЛЬ/ЗАСТРАХОВАННЫЙ
(ЗАЁМЩИК):

_____ (фамилия, имя, отчество)

_____ (подпись)

СТРАХОВАТЕЛЬ/ЗАСТРАХОВАННЫЙ
(ЗАЁМЩИК):

_____ (фамилия, имя, отчество)

_____ (подпись)

« » 20 года
_____ (дата заполнения)