

**ЗАЯВЛЕНИЕ О СТРАХОВАНИИ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ  
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	серия _____ № _____ выдан (кем, когда) _____
Паспорт	код подразделения: _____
Место рождения	_____
Адрес места регистрации	_____
Адрес для корреспонденции	_____
Телефоны	E-mail: _____
Категория, должность, место работы	<input type="checkbox"/> Работник локомотивной бригады <input type="checkbox"/> Работник, обеспечивающий движение поездов
Дата рождения	Должность: _____ Место работы: _____
Гражданство	_____ г. Пол (м/ж): _____
Возраст выхода на пенсию	<input type="checkbox"/> РФ <input type="checkbox"/> Иное (указать) _____ ИНН: _____
	_____ лет Годовой доход за календарный год (руб.): _____

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

Фамилия Имя Отчество	серия _____ № _____ выдан (кем, когда) _____
Паспорт	код подразделения: _____
Адрес места регистрации	_____
Телефоны	E-mail: _____
Дата рождения	г. Гражданство: <input type="checkbox"/> РФ <input type="checkbox"/> Иное (указать) _____ ИНН: _____
Место рождения	_____
Доля	_____

**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****5.1 ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НЕПРИГОДНОСТЬ**

Страховая сумма (выберите ОДИН из вариантов Страховой суммы)				
<input type="checkbox"/> 100 000	<input type="checkbox"/> 200 000	<input type="checkbox"/> 300 000	<input type="checkbox"/> 400 000	<input type="checkbox"/> 500 000

На каждый период оплаты страховая сумма устанавливается в размере суммы страховых взносов по договору страхования, подлежащих оплате на данный период.

Срок страхования	Страховая сумма	Срок страхования	Страховая сумма
35 – 42 лет	50%	15 – 19 лет	36%
30 – 34 лет	49%	10 – 14 лет	33%
25 – 29 лет	49%	5 – 9 лет	24%
20 – 24 лет	44%	1 – 4 лет	14%

**6. Порядок и форма уплаты страховых взносов:****7. Срок действия Заявления**

Ежемесячно  
Форма оплаты: ☐ безналичным платежом ☐ наличным платежом  
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 звонка 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. № 2300-1 «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
- Выписка из истории болезни
- Заявление о назначении Выгодоприобретателей

Страхователь

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)

Дата \_\_\_\_\_ г.