

**ДЕКЛАРАЦИЯ ЗАСТРАХОВАННОГО**  
**(для страховой суммы в пределах 3 000 000 рублей)**

**Настоящим Застрахованный заявляет, что он:**

1. НЕ является инвалидом, лицом, требующим постоянного ухода (помощи) других лиц; НЕ имеет нарушения опорно-двигательной системы, ограничивающие движение; НЕ страдает мышечной дистрофией; НЕ страдает нервными расстройствами, психическими заболеваниями; НЕ употребляет наркотики, токсические вещества, НЕ страдает алкоголизмом, и НЕ состоит по перечисленным причинам на диспансерном учете; НЕ является ВИЧ-инфицированным или НЕ страдает СПИДом (синдромом приобретенного иммунного дефицита), а также НЕ страдает иными заболеваниями, ограничивающими физическую активность или повышающими риск травмы, включая нарушения зрения, слуха, функции органов равновесия и т.д.;
2. НЕ находится в изоляторе временного содержания или других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений;
3. НЕ страдает/страдал(а) следующими заболеваниями: близорукость более 7 (семи) диоптрий, хроническая почечная недостаточность, поликистоз почек, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, сахарный диабет, гемофилия, сердечно-сосудистая патология (включая ишемическую болезнь сердца, аритмии (включая мерцательную аритмию), гипертонию (II-IV степени), тромбозы, аневризмы сосудов, перенесенные инфаркты, инсульты, операции на сердце и сосудах и т.п.), цирроз печени, хронический гепатит, злокачественные или доброкачественные опухоли, туберкулез, а также иными хроническими заболеваниями, требующими постоянных консультаций, лечения, обследований или наблюдения;
4. За последние 2 (два) года НЕ находился на больничном листе сроком 3 (три) недели подряд и более (исчисляется по каждому году, не учитывая больничные листы выданные в связи с острой респираторной инфекцией, гриппом любой формы и вида, травм, не требующих долгосрочной госпитализации и не связанных с жизнью) и/или НЕ был направлен на стационарное лечение (если только лечение не связано с заболеваниями, влекущими получение инвалидности), или за последние 12 месяцев НЕ обращался за медицинской помощью, обследованием или консультацией по причине одного и того же заболевания (не учитывая больничные листы выданные в связи с острой респираторной инфекцией, гриппом любой формы и вида, травм, не требующих долгосрочной госпитализации и не связанных с жизнью) более одного раза, не учитывая разновидности обследований и консультаций (т.е. не получал акт (заключение) обследования более одного раза);
5. В настоящий момент НЕ находится под наблюдением врача, на лечении, НЕ принимает лекарства в связи с каким-либо заболеванием (нарушением здоровья) или в отношении него НЕ запланировано лечение/операция и он/она НЕ планирует обратиться к врачу по причине какого-либо заболевания за исключением обращений к стоматологу и/или прохождения периодических осмотров, в течение ближайшего месяца с момента подписания настоящей Декларации.
6. 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.), а также НЕ занимается опасными видами спорта или опасными видами увлечений (хобби);
7. НЕ подавал заявления на страховое возмещение, страховое возмещение от несчастных случаев и болезней, утраты трудоспособности (инвалидности), от несчастных случаев, в которых ему/ей было отказано, которые были отложены или приняты на особых условиях (с применением повышающих коэффициентов, исключений или особых условий), а также заключенных договоров страхования, которые были расторгнуты по причине невозможности заключения или существенные условия которых были изменены по результатам оценки степени риска;
8. НЕ выкуривает более 30 (тридцати) сигарет в день. Разница между ростом (в см.) и весом (в кг.) Застрахованного не менее 80 и не более 120  
*(например, рост - 180 см, вес - 85 кг, разница составляет - 95, можно ответить ДА; рост 160 см, вес 85 кг, разница - 75 - ответ - НЕТ).*

- ДА**
- НЕТ**

что я прочел (-ла), понял (-а) и согласен (-на) с условиями страхования жизни заемщиков Страхователя (КБ «ЮНИАСТРУМ БАНК» (ООО)).

**Да, я могу подписать настоящую Декларацию и заявляю:**

- что я согласен (-на) с утверждениями настоящей Декларации, т.е. я подтверждаю достоверность сведений, содержащихся в этих утверждениях. Я понимаю, что предоставление ложных и/или неполных сведений, равно как и отказ в предоставлении информации, может стать основанием для непризнания произошедшего события страховым случаем и невозможность погашения моей задолженности перед Страхователем;
- что я уполномочиваю любого врача и/или любое лечебное учреждение, предоставлявших мне медицинские услуги (обследования, консультации, лечение и т.д.), предоставлять по **требованию страховой компании ООО «СК «Ренессанс Жизнь»** копии медицинских документов (результаты лабораторных и инструментальных исследований, результаты лечения, прогноз по заболеванию и т.д.) как в связи с оценкой степени страхового риска, так и в связи со страховыми случаями по данному договору страхования;
- что я обязуюсь незамедлительно письменно уведомить Страховщика в случае изменения степени риска при первой представившейся возможности. Я понимаю, что изменение степени риска может повлечь оплату дополнительной страховой премии и (или) изменение условий договора страхования. Я также понимаю, что в случае моего отказа проинформировать Страховщика об изменении степени риска и уплатить дополнительную страховую премию и (или) изменить условия страхования, договор страхования будет расторгнут Страховщиком в одностороннем порядке и страховые выплаты по нему будут невозможны;
- что я обязуюсь незамедлительно уведомить Страхователя о наступлении события, обладающего признаками страхового случая, по телефону круглосуточной службы поддержки Банка;
- что я обязуюсь предоставить Страховщику уведомление о наступлении события, имеющего признаками страхового случая, в течение 35 (тридцати пяти) календарных дней со дня, когда мне стало известно о случившемся.

**Настоящим я подтверждаю своё согласие Страховой компании** на обработку моих персональных данных (информации относящейся ко мне, в том числе фамилии, имени, отчества, года и месяца, даты и места рождения, адреса) в целях заключения в отношении меня договора страхования и исполнения договора страхования. Настоящее согласие действительно в течение срока действия в отношении меня страховой защиты, а также в течение 5 лет после прекращения действия в отношении меня страховой защиты. Страховая компания имеет право осуществлять следующие действия с персональными данными, в том числе с использованием средств автоматизации: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

**Застрахованное лицо:** \_\_\_\_\_

(Ф.И.О., целиком)

**Дата:** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_ года \_\_\_\_\_

(подпись)