

Заява на укладання Договору добровільного страхування життя № від .. р.

за програмою «Леді Лайф», код «18»

1. Страхувальник

П.І.Б. <input type="text"/>									
Дата народження		/ /		р.		Місце народження			
Вік, років		<input type="checkbox"/> Чоловік <input type="checkbox"/> Жінка		<input type="checkbox"/> Громадянство Україна <input type="checkbox"/> Інше		Ідентифікаційний номер			
Паспорт		серія №		Коли виданий		/ /		р.	
Ким виданий <input type="text"/>									
Кореспонденцію надсилати <input type="checkbox"/> за адресою за паспортом <input type="checkbox"/> за адресою проживання									
Адреса за паспортом									
Країна		Поштовий індекс		Область					
Район		Населений пункт							
Вулиця		Будинок		Корпус		Квартира			
Адреса фактичного проживання									
Країна		Поштовий індекс		Область					
Район		Населений пункт							
Вулиця		Будинок		Корпус		Квартира			
E-mail		Мобільні телефони		Відношення до		Застрахованої особи			
Посада		Місце роботи							
Функціональні обов'язки <input type="text"/>									

2. Застрахована особа (Заповнюється, якщо Страхувальник не є Застрахованою особою)

П.І.Б. <input type="text"/>									
Дата народження		/ /		р.		Місце народження			
Вік, років		<input type="checkbox"/> Жінка <input type="checkbox"/> Чоловік		<input type="checkbox"/> Громадянство Україна <input type="checkbox"/> Інше		Ідентифікаційний номер			
Паспорт		серія №		Коли виданий		/ /		р.	
Ким виданий <input type="text"/>									
Адреса за паспортом									
Країна		Поштовий індекс		Область					
Район		Населений пункт							
Вулиця		Будинок		Корпус		Квартира			
Адреса фактичного проживання									
Країна		Поштовий індекс		Область					
Район		Населений пункт							
Вулиця		Будинок		Корпус		Квартира			
E-mail		Мобільні телефони		Місце роботи					
Посада		Місце роботи							
Функціональні обов'язки <input type="text"/>									

3. Умови страхування

Строк дії Договору страхування/Період сплати страхових платежів		<input type="checkbox"/> років	
Періодичність сплати страхових платежів		<input type="checkbox"/> одноразово <input type="checkbox"/> щорічно <input type="checkbox"/> 2 рази на рік <input type="checkbox"/> щоквартально	
Періодичність виплати		одноразово Валюта страхування <input type="checkbox"/> гривня <input type="checkbox"/> долар США <input type="checkbox"/> євро	
Розмір гарантованого інвестиційного доходу складає 4 %, який враховано при розрахунку розміру страхової суми			

4. Страхові випадки

Найменування страхового випадку		Страхова сума	Страховий платіж
<input checked="" type="checkbox"/>	Дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії Договору страхування		
<input checked="" type="checkbox"/>	Смерть Застрахованої особи, яка настала під час дії Договору страхування		
<input checked="" type="checkbox"/>	Жіноче Критичне захворювання Застрахованої особи під час дії Договору страхування		
<input type="checkbox"/>	Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку (діє з 18 до досягнення 59 років)		
<input type="checkbox"/>	Смерть Застрахованої особи внаслідок ДТП (діє з 18 до досягнення 59 років)		
<input type="checkbox"/>	Стійка непрацездатність (Інвалідність I групи) Застрахованої особи, яка настала під час дії Договору страхування з будь-якої причини (діє з 18 до досягнення 59 років)		
<input type="checkbox"/>	Стійка непрацездатність (Інвалідність I, II, III групи) Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку (діє з 18 до досягнення 59 років)		
<input type="checkbox"/>	Травматичне ушкодження , чи інший розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що стався під час дії Договору страхування Таблиця виплат № 10- А, Б (діє з 18 до досягнення 59 років)		
Загальний страховий платіж			

5. Вигодонабувачі (визначаються Страхувальником за згодою Застрахованої особи)

П.І.Б. <input type="text"/>									
Відношення до Застрахованої особи		Страховий випадок - Смерть		Частка страхової виплати		100%			
Дата народження		/ /		р.		Ідентифікаційний номер			
Адреса фактичного проживання <input type="text"/>									
Телефон(-и) <input type="text"/>									

Якщо Вигодонабувачів за ризиком смерті декілька, Страхувальником подається відповідна Заява з відміткою частки страхової виплати по кожному вигодонабувачеві. Якщо Вигодонабувачів за ризиком смерті договором страхування не встановлено, Вигодонабувачами вважаються спадкоємці Застрахованої Особи за законом відповідно до законодавства України, в такому випадку страхова виплата здійснюється таким Вигодонабувачам пропорційно їх спадковим долям. За ризиками іншими, ніж ризик смерті, Вигодонабувачем є Застрахована Особа. В разі визначення Страхувальником різних осіб за різними страховими ризиками, ним подається відповідна Заява.

МЕДИЧНА ДЕКЛАРАЦІЯ про стан здоров'я Застрахованої особи (Відповіді на нижче наведені запитання має надати Застрахована особа)

ЗАПИТАННЯ

1. Чи маєте Ви на даний момент групу інвалідності або ознаки стійкої неприцездатності?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
1.1. Чи хворіли Ви наступними захворюваннями:	
а) Епілепсія, втрата свідомості або які-небудь порушення з боку психічної і нервової систем?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
б) Астма, бронхіти, плеврити, пневмонія, туберкульоз або інші захворювання легенів?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
в) Інфаркт міокарду, ІХС, болі в грудній клітці, високий кров'яний тиск, серцебиття, задишка, захворювання клапанів серця, операції на серці?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
г) Порушення мозкового кровообігу, інсульт, транзиторна ішемічна атака, тромбоз, емболія, операції на судинах або які-небудь інші проблеми з боку серцево-судинної системи?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
д) Розлади травлення, виразки шлунка і 12-ти палोї кишки, хронічна або періодично-повторювана діарея або будь-які скарги з боку шлунка і кишківних?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
е) Будь-які захворювання печінки (наприклад, гепатити) або підшлункової залози?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
ж) Будь-які патології нирок (наприклад, полікістоз нирок, діабетична нефропатія, гломерулонефрит)?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
з) Будь-які патології або аномалії сечостатевої системи (наприклад, сальпінігіт, анатомічні дефекти матки або фаллопійових труб)?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
і) Діабет або будь-які порушення ендокринної системи?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
к) Ревматична лихоманка, артрити, подагра або захворювання кісток і суглобів?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
л) Будь-які системні чи аутоімунні захворювання (наприклад, системна червона вовчанка)?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
м) Збільшення залоз або будь-які форми раку, пухлин, передраку або захворювань крові?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
н) Непояснена періодично повторювана або постійна лихоманка, зниження ваги, будь-які захворювання шкіри?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
о) Захворювання, що передаються статевим шляхом (такі як сифіліс, гонорея, хламідіоз) або зверталися за консультацією, лікуванням чи аналізом крові на наявність вірусних захворювань (таких як гепатит В, С, СНІД)?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
п) Будь-які захворювання або порушення з боку очей, вух, носа, глотки або ротової порожнини?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
р) Будь-які захворювання, травми, не зазначені вище? Будь-які операції, включаючи операції на молочній залозі, видалення яєчника, кесарів розтин, апендикс, перев'язка фаллопійових труб (стерилізація)?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
с) Чи приймаєте Ви медичні препарати в даний час? Вкажіть які:	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
т) Чи маєте Ви намір в найближчому майбутньому звернутися за медичною допомогою?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
2. Чи є лікар або поліклініка, куди Ви постійно звертаєтесь у разі потреби в медичних послугах? Вкажіть П.І.Б. лікаря / Назву, адресу медичного закладу	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
Вкажіть дату, причину останньої консультації:	
3. Сімейний анамнез: Чи має/мав хтось з ваших батьків, братів, сестер або страждав/помер від: інсульту, інфаркту, ІХС, гіпертензії або інших серцево-судинних захворювань, раку (наприклад, грудей, матки, товстої кишки, легенів, мозку або хоріокарціономи), діабету, психічних захворювань, системної червоної вовчанки, вроджених захворювань або будь-яких інших важких захворювань? Якщо так, надайте докладну інформацію включаючи вік смерті.	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
4. Акушерський анамнез:	
а) Чи вагітні ви на даний момент? Якщо так, то на якому місяці вагітності перебуваєте?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
б) Вкажіть, будь ласка, скільки вагітностей у Вас було? <input type="checkbox"/> к-ть в) Вкажіть, будь ласка, кількість пологів? <input type="checkbox"/> к-ть	
г) Чи були у Вас коли-небудь ускладнення вагітності або пологів? (наприклад, гіпертензія, гестаційний діабет, хоріокарцінома, позаматкова вагітність, розрив матки, ДВС-синдром, пре еклампсія/еклампсія, антифосоліпідний синдром, емболія навколоплідними водами)? Якщо Ви відповіли так, будь ласка, вкажіть діагноз та лікування	
д) Чи були у Вас переривання вагітності? Якщо так, вкажіть подробиці.	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
е) Чи були у Вас випадки мертвородження? Якщо так, вкажіть подробиці.	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
ж) Чи були у Вас медичні аборти? Якщо так, вкажіть подробиці.	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
Чи страждав хто-небудь з ваших дітей вродженими патологіями (наприклад, атрезія анального отвору, тетрада Фалло, вади серця, заяча губа, вовча паща, клишоногість, не розчеплення дужок хребта (spina bifida), синдром Дауна або інші хромосомні аномалії)	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
5. Питання про стиль життя:	
а) Вкажіть Ваш Зріст <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (см) / Вагу <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (кг) / АТ (мм рт.ст.) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
б) Чи палили Ви за останні 12 місяців? Якщо так, вкажіть середню кількість цигарок випалених в день:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> од.
в) Якщо Ви кинули палити, вкажіть, як давно _____ і причину: _____	
г) Як часто Ви вживаєте алкогольні напої? Вкажіть кількість / вид _____ (міцні напої, вино, пиво) в день <input type="checkbox"/> / в тиждень <input type="checkbox"/>	
д) Чи приймали Ви коли-небудь лікарські препарати, які не прописував лікар? Чи приймали Ви коли-небудь екстазі або інші наркотики?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
е) Чи перебували Ви коли-небудь на лікуванні або проходите в даний час лікування від алкоголізму, наркотичної залежності?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
з) пов'язана Ваша професія з трудовою діяльністю або захоплення (спорт. ...), які можна розглядати як небезпечні. Наприклад: авіація (польоти на літаках, що здійснюють нерегулярні рейси) ?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
ж) Чи займаєтесь Ви або плануєте займатись: альпінізмом, авто-, мотоспортом, кінним, парашутним спортом, підводним плаванням, пірнанням, літанням, бойовими єдиноборствами, стрільбою або іншими екстремальними видами спорту? Якщо так, то яким? _____ З якою регулярністю? _____ Професійно так <input type="checkbox"/> / ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
і) Чи збираєтесь Ви за кордон? Якщо так, вкажіть країну, термін та мету перебування.	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
6. Інформація про інші страхові покриття:	
а) Чи маєте Ви або мали укладений Договір страхування життя, чи подавали заяву на його укладання? Якщо так, вкажіть коли, страхову компанію, розмір страхової суми, строк дії Договору страхування:	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
б) Чи була коли-небудь відхилена/відкладена Ваша заява на страхування або прийнята на особливих умовах? Якщо так, вкажіть коли, назву страхової компанії та причини: _____	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>

Якщо Ви відповіли на наведені вище запитання „ТАК“ – будь-ласка, поясніть це. У цьому випадку Страховик має право отримати від Застрахованої особи додаткові медичні документи, висновки спеціалістів, результати медичного обстеження, медичні аналізи, УЗД. Рішення про прийняття Застрахованої особи на Страхування здійснюється тільки після отримання відповідних документів та висновку андеррайтера

Висновок андеррайтера:

6. Інші умови

Я (Страховальник/Застрахована особа) підтверджую, що вся надана мною інформація є вичерпною та вірною та надано мною в повній свідомості. У випадку надання неповної або недостовірної інформації, в тому числі щодо стану здоров'я Застрахованої особи, я згоден з правом Страховика зменшити страхову виплату чи відмовити в її здійсненні. Я не заперечую проти подання Страховиком запитів до лікарів, медичних закладів або інших осіб, що мають додаткову інформацію про стан здоров'я Застрахованої особи. З Правилами страхування, умовами договору страхування ознайомлений(на), їх прочитав(ла) та його правові наслідки зрозумів(ла). Я погоджуюсь на те, що Договір страхування може бути укладений без мого додаткового погодження на умовах, що відрізняються від зазначених у цій Заяві, стосовно зміни страхової суми у зв'язку зі встановленням підвищеного рівня ризику відповідно до результатів його оцінки. В цьому випадку остаточний розмір страхової суми буде вказаний у Договорі страхування. Після оплати першого страхового платежу я повністю погоджуюсь з умовами Договору страхування викладених в цій Заяві, Полісі та Правилах страхування. Я ознайомлений та погоджуюсь з розміром викупної суми, визначений в Полісі страхування, який є невід'ємною частиною Договору страхування. Порядок отримання викупної суми регулюється Правилами страхування Страховика. Мені надана та роз'яснена інформація, зазначена в ч. 2 ст. 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг». Я даю згоду та дозвіл на збір, зберігання, обробку та використання моїх персональних даних, які вказані у цій Заяві, а також у документах, що додаються до неї. Страховиком та третіми особами, які діють за дорученням Страховика, з метою укладання та супроводження (виконання) Договору страхування. Я проінформований, що одночасно з укладанням Договору страхування мої персональні дані вносяться Страховиком до бази персональних даних, яка зберігається за його місцезнаходженням. Мої права як суб'єкта персональних даних, гарантовані законодавством України, мені відомі та зрозумілі. Я даю згоду на надсилання мені Страховиком друкованих матеріалів інформативного та рекламного змісту, пропозицій щодо зміни умов страхування, рахунків, тощо на поштову або електронну адресу, вказану мною у цій Заяві. Я даю згоду на надсилання мені Страховиком інформативних СМС-повідомлень на вказаний у цій Заяві номер мобільного телефону. Я зобов'язуюся, у разі зміни інформації, наведеної в цій Заяві, або закінчення строку дії документів, на підставі яких вона заповнювалася, протягом десяти робочих днів з дня настання вказаних подій надати документи для оновлення інформації. Я даю свою згоду на право Страховика передавати права та обов'язки за договором страхування іншій страховій компанії, в розумінні ст. 520 Цивільного кодексу України. Ця Заява та Правила, копію яких я отримав, є невід'ємними частинами Договору страхування.

Страховальник _____ / _____ / Застрахована особа _____ / _____ /
 (підпис) (П.І.Б.) (підпис) (П.І.Б.)

Консультант П.І.Б. _____ Телефон: _____