

Заява на укладання Договору добровільного страхування життя № 24 □□□□ □□□□ від □□.□□.□□□□ р.
за програмою «ФОРТЕ ЛАЙФ», код «24»

1. Страхувальник

П.І.Б. _____

Дата народження _____ / _____ / _____ р. Місце народження _____

Вік, років Чоловік Жінка Громадянство Україна Інше _____ Ідентифікаційний номер _____

Паспорт серія _____ № _____ Коли виданий _____ / _____ / _____ р.

Ким виданий _____

Кореспонденцію надсилати за адресою за паспортом 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** _____

Місце роботи _____ Посада _____

Функціональні обов'язки _____ Відношення до **Застрахованої особи** _____

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

П.І.Б. _____

Дата народження _____ / _____ / _____ р. Місце народження _____

Вік, років Чоловік Жінка Громадянство Україна Інше _____ Ідентифікаційний номер _____

Паспорт серія _____ № _____ Коли виданий _____ / _____ / _____ р.

Ким виданий _____

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 _____

Функціональні обов'язки _____

3. Умови страхування

Строк дії Договору страхування/Період сплати страхових платежів _____ 1 рік

Періодичність сплати страхових платежів 2 рази на рік щорічно

Періодичність виплати _____ одноразово Валюта страхування _____ гривня

Розмір гарантованого інвестиційного доходу складає 4 %, який враховано при розрахунку розміру страхової суми

4. Страхові випадки

Найменування страхового випадку		Страхова сума	Страховий платіж
Загальні для всіх програм страхування випадки			
<input checked="" type="checkbox"/>	Смерть Застрахованої особи, яка настала під час дії Договору страхування		
<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"/>	Травматичне ушкодження , чи інший розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що стався під час дії Договору страхування (Таблиця виплат Д Правил) (діє з 18 до досягнення 59 років)		
Загальний страховий платіж			

5. Вигодонабувачі (визначаються Страхувальником за згодою Застрахованої особи)

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

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 та Страхувальника (Відповіді на нижче наведені запитання мають дати Застрахована особа/Страхувальник)

ЗАПИТАННЯ

Застрахована особа

- 1) Чи маєте Ви на даний момент групу інвалідності або ознаки стійкої непрацездатності? Так Ні
- 2) Чи було у Вас діагностовано онкологічне захворювання протягом останніх трьох років? Так Ні
- 3) Чи перебуваєте Ви на обліку в психоневрологічному, наркологічному, протитуберкульозному, шкідливістю чи інших спеціалізованих диспансерах, в центрі профілактики та боротьби зі СНІДом? Так Ні
- 4) Чи проходили Ви лікування, медичне обстеження лікарем або були госпіталізовані у зв'язку зі вживанням алкоголю? Так Ні
- 5) Чи лікувались Ви або лікуєтесь від наступних захворювань? Якщо так, вкажіть рік виникнення захворювання, діагноз та ступінь захворювання на даний момент:
 - а) високий тиск крові, інсульт, інфаркт або інші серцево-судинні хвороби, туберкульоз, астма, пневмонія або інші захворювання легень? Так Ні
 - б) хвороби нирок, сечового міхура або сечостатевої системи, гастрит, коліт, язва шлунку або інші порушення системи травлення? Так Ні
 - в) діабет або будь-які хвороби підшлункової залози та печінки, анемія, інші захворювання крові та лімфатичної системи? Так Ні
 - г) ревматизм, артрит, подагра або інші хвороби кісток та суглобів, епілепсія, втрата свідомості або інші нервові чи психічні захворювання? Так Ні
 - д) захворювання, що передаються статевим шляхом, включаючи гепатити, інші захворювання, не наведені вище? Так Ні
- 6) Чи є зараз у Вас скарги на здоров'я, через які Ви маєте намір звернутися до лікаря? Якщо так, дайте пояснення: Так Ні
- 7) Чи перенесли Ви будь-яку хірургічну операцію, нещасний випадок, чи маєте фізичні вади або ушкодження? Так Ні
- 8) (для жінок) Чи Ви на даний момент вагітні? Якщо так, вкажіть термін: _____ та опишіть перебіг вагітності
Чи маєте Ви захворювання молочних залоз, гінекологічні хвороби? Так Ні
- 9) Чи має або мав хтось із Ваших найближчих родичів високий тиск крові, цукровий діабет, захворювання серця, психічні хвороби, пухлин,? Якщо так, вкажіть хто та діагноз: _____ Так Ні
- 10) Чи є лікар або поліклініка, куди Ви постійно звертаєтесь у разі потреби в медичних послугах? Якщо так, вкажіть П.І.Б./Назву, адресу та телефон. _____ Так Ні
- 11) Зріст (см) / Вага (кг) см. кг.
- 12) Артеріальний тиск (мм рт. ст.) /
- 13) Чи палите Ви? Якщо так, то скільки цигарок в день / тиждень ? Як давно? _____ Якщо Ви кинули палити, вкажіть, як давно _____ і причину: _____ од.
- 14) Як часто Ви споживаєте алкогольні напої? Вкажіть кількість / вид (міцні напої, вино, пиво), в день / в тиждень л
- 15) Чи займаєтесь Ви спортом? Якщо так, то яким? _____
З якою регулярністю? _____ Професійно / оздоровчо Так Ні
- 16) 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 / ні Так Ні
- 17) Чи була коли-небудь відхилена / відкладена Ваша заява на страхування, чи прийнята на особливих умовах? Якщо так, вкажіть коли, якою страховою компанією та причини: _____ Так Ні
- 18) 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 Ні

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 (Страхувальник/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. 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 свою згоду, що розмір Випульної суми, у випадку дострокового припинення дії Договору страхування, дорівнює нулю 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 передати 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.

Страхувальник

Застрахована особа

_____ / _____	_____ / _____
(підпис)	(підпис)
(П.І.Б.)	(П.І.Б.)
Консультант П.І.Б.	Телефон