

Заява на укладання Договору добровільного страхування життя № 15 □□□□ □□□□ від □□.□□.□□□□ р.
за програмою «Пенсія», код «15»

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 _____ Квартир _____

Адреса фактичного проживання

Країна _____ Поштовий індекс _____ Область _____

Район _____ Населений пункт _____

Вулиця _____ Будинок _____ Корпус _____ Квартир _____

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 _____ Квартир _____

Адреса фактичного проживання

Країна _____ Поштовий індекс _____ Область _____

Район _____ Населений пункт _____

Вулиця _____ Будинок _____ Корпус _____ Квартир _____

E-mail _____ **Мобільні телефони** _____

Місце роботи _____ Посада _____

Функціональні обов'язки _____

3. Умови страхування

Строк дії Договору страхування років Період сплати страхових платежів років

Періодичність сплати страхових платежів щомісячно щоквартально 2 рази на рік щорічно одноразово

Період виплат одноразово на строк років довічно

Періодичність виплат щомісячно щоквартально Валюта страхування гривня долар США 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	Повернення сплачених платежів (за мінусом ведення справи)	
<input type="checkbox"/>	Смерть Застрахованої особи в наслідок нещасного випадку, яка настала під час періоду очікування (діє з 18 до 59 повних років)		
<input type="checkbox"/>	Стойка непрацездатність (Інвалідність I, II, III групи) Застрахованої особи в наслідок нещасного випадку, яка настала під час періоду очікування (діє з 18 до 59 повних років)		
<input type="checkbox"/>	Опція звільнення Страхувальника – фізичної особи від сплати страхових внесків у випадках: стійкої втрати працездатності (встановлення інвалідності I групи) або смерті Страхувальника, який не є Застрахованою особою за цим Договором, протягом періоду сплати страхових платежів (діє з 18 до 59 повних років)	X	
		Загальний страховий платіж	

5. Вигодонабувачі (визначаються Страхувальником)

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.

6. Інші умови

Відповідно до Правил Застрахованими за додатковими ризиками не можуть бути особи, які на час укладення Договору страхування є онкологічними хворими, хворими на тяжкі форми захворювань серцево-судинної системи (стенокардія, інфаркт міокарда, артеріальна гіпертензія, аортокоронарне шунтування), цукровий діабет, параліч, виразкову хворобу шлунку, тяжкі хвороби легенів, головного мозку, печінки, шлунка, нирок, є хворими на СНІД або пов'язані зі СНІДом хвороби, є інвалідами I, II, III групи, а також особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, туберкульозних, психоневрологічних, шкірно-венерологічних диспансерах, центрах профілактики та боротьби зі СНІДом, визнані у судовому порядку недеєздатними.

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. 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 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) (П.І.Б.)

_____/_____/_____
(підпис) (П.І.Б.)

Консультант П.І.Б.

	Мобільні телефони
--	-------------------