

Заява на укладання Договору добровільного страхування життя № 20 □□□□□□□□ від □□.□□.□□□□р.  
за програмою «Дитячий капітал», код «20»

### 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 \_\_\_\_\_

Е-mail \_\_\_\_\_ Мобільні телефони \_\_\_\_\_

Місце роботи \_\_\_\_\_ Посада \_\_\_\_\_

Функціональні обов'язки \_\_\_\_\_ Відношення до Застрахованої особи \_\_\_\_\_

### 2. Застрахована особа

П.І.Б. \_\_\_\_\_

Дата народження \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ р. Місце народження \_\_\_\_\_

Вік, років  Чоловік  Жінка  Громадянство Україна  Інше \_\_\_\_\_ Ідентифікаційний номер \_\_\_\_\_

Документ, що посвідчує особу серія \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Коли виданий \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ р.

Ким виданий \_\_\_\_\_

Адреса фактичного проживання

Країна \_\_\_\_\_ Поштовий індекс \_\_\_\_\_ Область \_\_\_\_\_

Район \_\_\_\_\_ Населений пункт \_\_\_\_\_

Вулиця \_\_\_\_\_ Будинок \_\_\_\_\_ Корпус \_\_\_\_\_ Квартира \_\_\_\_\_

Е-mail \_\_\_\_\_ Мобільні телефони \_\_\_\_\_

Місце навчання \_\_\_\_\_

### 3. Умови страхування

Строк дії Договору страхування  років  років

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

Період виплат анuitету (однакових щорічних виплат)  3 роки  4 роки  5 років  6 років  одноразово

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 внесок
<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 внесків(за мінусом ведення справи)	
<input type="checkbox"/>	Травматичне ушкодження, чи інший розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що стався під час дії договору страхування (за Таблицею виплат № 10- А,Б Правил) (діє з 2 років)		
<input type="checkbox"/>	Дитяче критичне захворювання Застрахованої особи під час дії Договору страхування життя (діє з 3 до 17 повних років). Після досягнення Застрахованої особи віку 18 років, припиняється покриття за цим ризиком, та набуває силу покриття за страховим випадком: Критичне захворювання Застрахованої особи під час дії Договору страхування R-VII-B Правил. (Заповнюється додаткова медична декларація про стан здоров'я Застрахованої особи - дитини)		
<input type="checkbox"/>	Встановлення інвалідності особі, яка не досягла вісімнадцятирічного віку (Дитина - інвалід) внаслідок нещасного випадку під час дії Договору страхування (діє з 3 до 17 повних років). Після досягнення Застрахованої особи віку 18 років, припиняється покриття за цим ризиком, та набуває сили покриття за страховим випадком: Стійка неприцездатність (інвалідність I групи) яка настала під час дії Договору страхування з будь-якої причини		
<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)		
		<b>Загальний страховий платіж</b>	

### 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.

# МЕДИЧНА ДЕКЛАРАЦІЯ про стан здоров'я Застрахованої особи та Страхувальника

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

## ЗАПИТАННЯ

	Застрахована особа	Страхувальник
1) Чи маєте Ви на даний момент групу інвалідності або ознаки стійкої непрацездатності?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
2) Чи було у Вас діагностовано онкологічне захворювання?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
3) Чи перебуваєте Ви на обліку в психоневрологічному, наркологічному, протитуберкульозному, шіроковенерологічному чи інших спеціалізованих диспансерах, в центрі профілактики та боротьби зі СНІДом?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
4) Чи проходили Ви лікування, медичне обстеження лікарем або були госпіталізовані у зв'язку зі вживанням алкоголю?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
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 легенів? б) хвороби нирок, сечового міхура або сечостатевої системи, гастрит, коліт, язва шлунку або інші порушення системи травлення? в) діабет або будь-які хвороби підшлункової залози та печінки, анемія, інші захворювання крові та лімфатичної системи? г) ревматизм, артрит, подагра або інші хвороби кісток та суглобів, епілепсія, втрата свідомості або інші нервові чи психічні захворювання? д) захворювання, що передаються статевим шляхом, включаючи гепатити, інші захворювання, не наведені вище?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
6) Чи є зараз у Вас скарги на здоров'я, через які Ви маєте намір звернутися до лікаря? Якщо так, дайте пояснення:	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
7) Чи перенесли Ви будь-яку хірургічну операцію, нещасний випадок, чи маєте фізичні вади або ушкодження?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
11) Зріст (см) / Вага (кг)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> см. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> кг.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> см. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> кг.
12) Артеріальний тиск (мм рт. ст.)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13) Чи палите Ви? Якщо так, то скільки цигарок в день <input type="checkbox"/> / тиждень <input type="checkbox"/> ? Як давно? _____ Якщо Ви кинули палити, вкажіть, як давно _____ і причину: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> од.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> од.
14) Як часто Ви споживаєте алкогольні напої? Вкажіть кількість / вид (міцні напої, вино, пиво), в день <input type="checkbox"/> / в тиждень <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> л	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> л
15) Чи займаєтесь Ви спортом? Якщо так, то яким? _____ З якою регулярністю? _____ Професійно <input type="checkbox"/> / оздоровчо <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> / ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	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 (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 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

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(підпис) (П.І.Б.)

Один з батьків (усиновлювач), опіку/піклувальник Застрахованої особи, що не досягла 18 років

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(підпис) (П.І.Б.)

Консультант П.І.Б.

Телефон