

Дирекція та Консультант № XXXXXX
ZZZZZ

П.І.Б. Консультанта Іванов П. П.
Сидоров О. О.

Одиниці загалом XX



**ЗАЯВА НА УКЛАДАННЯ
ДОГОВОРУ ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ**
(НАДАТИ «ЗАЯВА»)



Заповнювати кульковою ручкою, друкованими літерами, акуратно та розбірливо. Не використовувати коректор. Не виправляти поверх написаного: помилково вказані дані необхідно закреслити, нові - написати поруч та завірити датою виправлення і підписами заявленого Страхувальника та Консультанта. Незаповнені рядки та клітинки повинні бути прокреслені.

№ Договору страхування

№ Заяви **60 000001**

ДЛЯ СТРАХОВОЇ КОМПАНІЇ

1. ЗАЯВЛЕНА ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА (Застрахована Особа)

Ідентифікаційний номер: **2583697014**

Прізвище: Петров Ім'я: Іван По батькові: Іванович
Паспорт: серія СК № 085458 Ким і коли виданий: Трпінським МВ.ТУ МВС України в Київській обл., 01/02/1995
Сімейний стан: одружений Дівоче прізвище: Вік: 30 Стать: чоловіча
 жіноча
Дата і місце (місто та країна) народження:
Адреса місця проживання (вулиця, будинок, квартира, місто, район, область): м. Київ, пр-т Тригоренка, 1-А, кв. 23
Поштовий індекс: 02068 Дом. тел.: (044) 572-12-12 Моб. тел.: (067) 999-23-22 E-mail: Petro@mail.ru
Місце роботи: приватна медична клініка "Соломон" Посада: лікар-хірург
Службові обов'язки: приймання та обстеження пацієнтів, оперування хворих
Адреса роботи: м. Київ, д-р Лесі Українки, 45
Поштовий індекс: 01034 Тел.: (044) 490-45-09

2. ЗАЯВЛЕНИЙ СТРАХУВАЛЬНИК (заповнюється, якщо заявлена Застрахована Особа та заявлений Страхувальник різні особи; у випадку організації - вказати уповноважену особу, назву, місцезнаходження, замість паспорта - реквізити організації) та ж сама особа

Прізвище: Ім'я: По батькові:
(Уповноважена особа організації)
Відношення до заявленої Застрахованої Особи: Ідентифікаційний номер/ код ЄДРПОУ
Сімейний стан: Дівоче прізвище: Вік: Стать: чоловіча
 жіноча
Дата і місце (місто та країна) народження:
Паспорт: серія № Ким та коли виданий:
(Реквізити організації)
Адреса місця проживання (вулиця, будинок, квартира, місто, район, область):
(Місцезнаходження організації)
Поштовий індекс: Дом. тел.: Моб. тел.: E-mail:
Місце роботи:
(Назва організації) Посада:
Службові обов'язки:
(Функції уповноваженої особи)
Адреса роботи:
Поштовий індекс: Тел.:

Кореспонденцію надсилати за адресою:
(оберіть один з наведених варіантів):
ЗАЯВЛЕНОЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ: місяця проживання
 місяця роботи
ЗАЯВЛЕНОГО СТРАХУВАЛЬНИКА: місяця проживання
 місяця роботи
за іншою адресою:

3. СТРАХУВАННЯ Назва пакету страхових програм "Золотий Капітал" Строк страхування - на/до 20 років. Категорія ризику: II.

| 3.1. Програма страхування основних ризиків (повні назви програм страхування основних та додаткових ризиків наведені на сторінці 2 Заяви, визначення та перелік страхових випадків подані у відповідних додатках до Правил добровільного страхування життя ЗАТ «Американська Компанія Страхування Життя АІГ Життя», що є невід'ємною частиною цієї Заяви) | Страхова сума, грн. Застрахована Особа | Страхова премія, грн. Страхувальник |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> VE <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> TERM <input type="checkbox"/> PEAD <input type="checkbox"/> WL <input type="checkbox"/> AE... <input type="checkbox"/> ... | 101 806 | 5 500 |
| 3.2. Програма страхування додаткових ризиків | | |
| <input type="checkbox"/> AD - смерть внаслідок нещасного випадку або <input checked="" type="checkbox"/> AD-ob - Смерть внаслідок нещасного випадку та сирітство | 101 806 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> PI - постійна непрацездатність внаслідок нещасного випадку | 101 806 | |
| <input type="checkbox"/> ADD - смерть внаслідок нещасного випадку | | |
| <input type="checkbox"/> ADD - каліцтво або постійна та повна непрацездатність внаслідок нещасного випадку | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> W - постійна та повна непрацездатність Страхувальника | | |
| <input type="checkbox"/> CPA - смерть або постійна та повна непрацездатність Страхувальника | | |
| <input type="checkbox"/> TR - смерть | | |
| <input type="checkbox"/> H/S/C-a - госпіталізація внаслідок нещасного випадку | | |
| <input type="checkbox"/> H/S/C-a - хірургічне втручання внаслідок нещасного випадку | | |
| <input type="checkbox"/> H/S/C-a - одужання після госпіталізації внаслідок нещасного випадку | | |
| <input type="checkbox"/> H/S/C-as - госпіталізація внаслідок нещасного випадку або хвороби | | |
| <input type="checkbox"/> H/S/C-as - хірургічне втручання внаслідок нещасного випадку або хвороби | | |
| <input type="checkbox"/> H/S/C-as - одужання після госпіталізації внаслідок нещасного випадку або хвороби | | |
| <input type="checkbox"/> CI - критичні захворювання: 1 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> тип страхового тарифу на 1 рік <input type="checkbox"/> на 5 років <input type="checkbox"/> на 10 років <input type="checkbox"/> до 65 років <input type="checkbox"/> | | |
| Попередньо розрахована річна страхова премія загалом: | 5.500 | грн. |
| 3.3. <input type="checkbox"/> SP- одноразова страхова премія; <input checked="" type="checkbox"/> A - річна страхова премія; <input type="checkbox"/> | 5.500 | грн. |
| Загальна страхова премія, що підлягає перерахуванню на поточний рахунок Страховика, залежно від обраної форми її сплати складає: | 5.500 | грн. |
| <input checked="" type="checkbox"/> INDEX - індексация програм страхування основних та додаткових ризиків | <input checked="" type="checkbox"/> APL - автоматичне надання кредиту для сплати страхових премій | <input type="checkbox"/> ... |

4. ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО ЗАЯВЛЕНОЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ/ЗАЯВЛЕНОГО СТРАХУВАЛЬНИКА

| | | | |
|--|--------------------------------|--|----------------|
| 4.1 Заявлена Застрахована Особа | | Заявлений Страховальник | |
| а) Зріст (см)..... <u>195</u> | Вага (кг)..... <u>85</u> | Зріст (см)..... | Вага (кг)..... |
| б) Ви ліваша? <input type="checkbox"/> так <input checked="" type="checkbox"/> ні | | Ви ліваша? <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні | |
| в) Вкажіть середню кількість цигарок, сигар або інших тютюнових виробів, які Ви споживаєте зараз або споживали протягом останніх 24 місяців <u>на день?</u> <u>10</u> шт. | | Вкажіть середню кількість цигарок, сигар або інших тютюнових виробів, які Ви споживаєте зараз або споживали протягом останніх 24 місяців <u>на день?</u> шт. | |
| г) Чи вживаєте алкогольні напої? <input checked="" type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні Вкажіть: кількість на тиждень (л)..... <u>0,33</u> та вид..... <u>пиво</u> | | Чи вживаєте алкогольні напої? <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні Вкажіть: кількість на тиждень (л)..... та вид..... | |
| д) Вкажіть Ваш сукупний дохід:..... <u>7.000</u> грн. на місяць та чистий дохід:..... <u>5.500</u> грн. на місяць | | Вкажіть Ваш сукупний дохід:..... грн. на місяць та чистий дохід:..... грн. на місяць | |
| е) Дійсні Договори страхування з ЗАТ «Американська Компанія Страхування Життя АЛІКО АІГ Життя»: Страховий Поліс № | | Дійсні Договори страхування з ЗАТ «Американська Компанія Страхування Життя АЛІКО АІГ Життя»: Страховий Поліс № | |

Надалі я - заявлена Застрахована Особа / Заявлений Страховальник – заявляю, що:

4.2 Я не вживаю та ніколи не вживав ніяких наркотичних, психотропних або інших речовин, що викликають залежність.

4.3 Я не постраждав від нещасних випадків, не переніс жодної хірургічної операції та/або не був госпіталізований.
Протягом останніх п'яти років мене не було направлено на обстеження та/або лікування до будь-яких спеціалізованих медичних закладів.
Я не лікувався та/або не обстежувався з приводу алкогольної та/або наркотичної залежності, психічних або нервових розладів, онкологічних захворювань, захворювань серця та/або судин, діабету, інсульту, паралюлю, захворювань сечовивідних шляхів, хронічних захворювань нирок, печінки, легень та/або органів дихання, шлунково-кишкового тракту, або з приводу інших загострень хронічних захворювань, захворювань щитовидної залози та/або розладів ендокринної системи, захворювань репродуктивної системи, захворювань очей та/або порушень зору, захворювань носу, вух, горла.
Я ніколи не був поінформований, що маю, не лікуюсь та ніколи не був направлений на лікування СНІДу або хвороб, пов'язаних зі СНІДом, та ніколи не мав позитивного результату аналізу крові на антитіла до вірусу СНІД (ВІЛ).

4.4 На момент підписання цієї Заяви я не проходжу ніяких обстежень, мені не призначено жодних діагностичних процедур, хірургічних втручань, я не лікуюсь зараз та не маю жодних показань для госпіталізації.

4.5 На момент підписання цієї Заяви я:
- не є непрацездатним та мені ніколи не було встановлено інвалідності,
- не є у відпустці по догляду за малолітньою дитиною та не мала жодних ускладнень під час пологів,
- не є вагітною.

4.6 Ніхто з моїх близьких родичів (батько, мати, брат, сестра, син, дочка) не мав та не має спадкових захворювань, вроджених вад розвитку, онкологічних захворювань, психічних розладів, захворювань серця, нирок, печінки, підшлункової залози, органів дихальної системи, не хворів та не хворіє на СНІД або хвороби, пов'язані зі СНІДом, та ніколи не мав позитивного результату аналізу крові на антитіла до вірусу СНІД (ВІЛ).

4.7 Я займаюсь спортом не більше 2-х разів на тиждень та роблю це виключно з оздоровчою метою.
Я не є дійсним/зарєєстрованим членом будь-якої спортивної команди.
Я не беру участі, не планую та не маю намірів взяти участь у будь-якому виді перегонів, займатися підводним плаванням, веслуванням на каное/байдарках, альпінізмом, мотоциклетним, гірськолижним, вітрильним, парашутним спортом або будь-яким іншим небезпечним видом спорту.
Здійснення моїх безпосередніх службових обов'язків не передбачає залучення до небезпечних видів діяльності.
Я не беру участі в обслуговуванні польотів або у безпосередньому керуванні літаком або будь-яким іншим літальним апаратом.

4.8 Я не планую подорожувати та/або проживати у політично нестабільних регіонах

4.9 Чи погоджуєтесь Ви з умовами пунктами блоку 4 «ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО ЗАЯВЛЕНОЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ / ЗАЯВЛЕНОГО СТРАХУВАЛЬНИКА»?
 ТАК НІ

Я не погоджуюсь лише з такими пунктами блоку 4 «ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО ЗАЯВЛЕНОЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ / ЗАЯВЛЕНОГО СТРАХУВАЛЬНИКА», надаю наступну додаткову інформацію та медичні висновки:
Увага! Обов'язково зазначте пункт анкети та вкажіть особу, щодо якої наводиться додаткова інформація
В разі такої необхідності скористайтесь додатковим аркушем, завірте його власним підписом, зазначте дату підписання та додайте до Заяви
Спеціальна п. 4.3 необхідність - надавати медичні диспансеризаційні звіти вимог роботодавця
Обстеження обстеження - зняття 2007 рік
Висновок - здоровий. Тестування в.к. - без патологій. аналіз крові на СНІД - негативний

5. ВИГОДОНАБУВАЧІ

У випадку смерті Застрахованої Особи на момент здійснення страхових виплат є малолітня особа, всі виплати за програмами страхування, зазначеними у п. 3 Заяви, доручаю здійснити:

- законному опікунові або піклувальникові на користь малолітньої або неповнолітньої особи
 на рахунок банку, відкритий законним опікуном або піклувальником, на ім'я малолітньої дитини або неповнолітньої особи

| Прізвище, ім'я, по батькові | Серія та номер паспорту | Дата народження | Ідентифікаційний номер | Ступінь споріднення із Застрахованою Особою | Адреса | Частка із виплати |
|-----------------------------|-------------------------|-------------------|------------------------|---|---|-------------------|
| <u>Петров М. І.</u> | <u>СК 233445</u> | <u>15/05/1985</u> | <u>2136547809</u> | <u>брат</u> | <u>с. Ірпін, вул. Мелу, 84/4, 14</u> | <u>40%</u> |
| <u>Петрова О. М.</u> | <u>МЕ 369874</u> | <u>20/06/1980</u> | <u>9874563210</u> | <u>дружина</u> | <u>м. Київ, вул. Тришківка, 1-а, кв. 23</u> | <u>60%</u> |

У випадку смерті Застрахованої Особи всю суму страхової виплати буде сплачено Вигодонабувачам, які будуть живими на момент смерті Застрахованої Особи. Частка Вигодонабувача, який не буде живим на момент смерті Застрахованої Особи, буде розподілена між живими Вигодонабувачами пропорційно часткам, зазначеним для кожного з них, або порівню, якщо частки із виплати не були вказані. Якщо на момент смерті Застрахованої Особи жодан з Вигодонабувачів не буде живим (або Вигодонабувачі не зазначені), страхову виплату буде здійснено у відповідності з чинним законодавством України.

6. УМОВИ ПОЧАТКУ НАДАННЯ СТРАХОВИХ ПОСЛУГ

- 6.1. Страхові послуги надаються ЗАТ «АЛІКО АІГ Життя», надалі – Страховик, (програми починають діяти) тільки у випадку виконання всіх наступних умов:
- 6.1.1. підписання Заяви всіма сторонами та наявності всіх документів, необхідних для укладання Договору Добровільного Страхування Життя, надалі - Договір Страхування;
- 6.1.2. відповідності Застрахованої Особи вимогам Страховика щодо можливості страхування;
- 6.1.3. проходження заявленою Застрахованою Особою/заявленим Страховальником медичного огляду на вимогу Страховика;
- 6.1.4. попередньої оплати на поточний рахунок Страховика в повному обсязі суми, зазначеної в п. 3.3 Заяви, та її одержання Страховиком.
- 6.2. Договір Страхування набуває чинності, та фактичне надання страхових послуг Страховиком починається (програми починають діяти) в разі виконання умов п. 9.2 Правил (п. 6.1 Заяви) добровільного страхування життя ЗАТ «Американська Компанія Страхування Життя АІГ Життя», надалі - Правила, та за умови, що стан здоров'я Застрахованої Особи не змінився з моменту підписання Заяви, з дати настання події, що відбулася пізніше:
- 6.2.1. підписання Заяви останньою зі сторін; або
- 6.2.2. проходження медичного огляду згідно з вимогами Страховика.

7. НАЗВИ ПРОГРАМ СТРАХУВАННЯ ОСНОВНИХ ТА ДОДАТКОВИХ РИЗИКІВ

- Б** Страхування на випадок смерті або дожиття.
AE Страхування на випадок смерті або дожиття із здійсненням Страхових Виплат у вказані строки.
PE Страхування на випадок дожиття до певного віку або на певний строк (за умови сплати одноразової страхової премії за цією програмою).
READ Страхування на випадок дожиття до певного віку або на певний строк.
TELEM Страхування на випадок смерті на певний строк або до певного віку.
AD Страхування на випадок смерті внаслідок нещасного випадку.
PI Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок нещасного випадку.
TR Страхування на випадок смерті на строк із виплатою додаткової Страхової Суми.
CI Страхування на випадок критичного захворювання.
ADD Страхування на випадок смерті/каліцтва/постійної та повної непрацездатності внаслідок нещасного випадку.
W Страхування на випадок постійної та повної непрацездатності Страховальника (збільшення Страховельника від сплати страхових премій на час непрацездатності).
CPA Страхування на випадок смерті або постійної та повної непрацездатності Страховальника (збільшення від сплати страхових премій).
И/В/С-а Страхування на випадок хірургічного втручання та/або госпіталізації внаслідок нещасного випадку.
И/В/С-в Страхування на випадок хірургічного втручання та/або госпіталізації внаслідок нещасного випадку або через хворобу.
AD-ob Страхування на випадок смерті внаслідок нещасного випадку з виплатою додаткових Страхової суми у випадку сирітства

В. ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ ЗАЯВЛЕНОЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ТА/АБО ЗАЯВЛЕНОГО СТРАХУВАЛЬНИКА

8.1. Ця Заява разом із Страховим Полісом, Правилами, Програмами страхування основних та додаткових ризиків, додатками, додатковими угодами, платіжними документами, що підтверджують сплату страхових премій у повному обсязі, заявами, медичними документами щодо стану здоров'я заявленої Застрахованої Особи та заявленої Страховальника або іншими документами (якщо вони вимагаються Страховиком) є складовими частинами Договору Страхування. Правила наведені на зворотному боці цієї Заяви.

8.2. Обов'язково збережіть Вашу копію Заяви.

8.3. У випадку, якщо протягом 90 (дев'яносто) календарних днів Ви не отримаете інформацію щодо випуску Страхового Поліса, зверніться, будь ласка, до свого Консультанта або до Головного офісу Страховика. Звертаємо Вашу увагу, що оригінал Страхового Полісу є бланком суворої звітності з унікальним порядковим номером, який знаходиться у літньому нижньому куті. Бланк Страхового Поліса також захищений мікродруктом, який нанесено у верхньому правому куті нижче адреси Страховика, і містить підпис уповноваженої особи, який завірнений печаткою Страховика.

8.4. Страховальник має право до або протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів з дати отримання Страхового Полісу відмовитись від укладання Договору Страхування. Така відмова оформлюється письмовим повідомленням, яке Страховальник зобов'язаний подати особисто або надіслати поштою на адресу Страховика до закінчення вказаного 14-тиденного строку. Будь-які письмові звернення стосовно відмови від укладання Договору Страхування або розірвання Договору Страхування, отримані Страховиком після закінчення зазначеного 14-тиденного строку, кваліфікуються як дострокове припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страховальника та регулюються відповідними положеннями Правил.

9. ДЕКЛАРАЦІЯ

9.1. Я, виступаючи заявляю Страховальником, прошу Страховика укласти Договір Страхування. Я та заявлена Застрахована Особа заявляємо, що всі дані у цій Заяві зазначено правдиво і добровільно. Усвідомлюємо, що всі дані у цій Заяві мають істотне значення для оцінки страхового ризику, тому згідно із Законом «Про Страхування» подання неправдивих відомостей у цій Заяві є підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат. Заява заповнена мною власноруч або з моїх слів вірно.

9.2. Я та заявлена Застрахована Особа заявляємо, що не маємо інших захворювань, крім тих, що наведені в цій Заяві.

9.3. Підписанням цієї Заяви надаємо Страховику право звертатись та отримувати будь-яку інформацію про особу заявленої Страховальника/заявленої Застрахованої Особи та про стан здоров'я заявленої Страховальника/заявленої Застрахованої Особи, включаючи, але не обмежуючись інформацією щодо перенесених захворювань, перебування в лікарні/медичному закладі/установі, щодо лікувальних або діагностичних процедур, необхідних для оцінки страхового ризику та визначення обставин або наслідків події, що може бути визнана страховим випадком. Цим також уповноважуємо медичні установи та заклади, органи державної влади, заклади судово-медичної експертизи, страхові компанії, інші юридичні або фізичні особи, які володіють такою інформацією, надавати таку інформацію Страховику. Копія такого уповноваження має таку саму чинність, як оригінал.

9.4. погоджуємося з тим, що будь-які дані, вказані у цій Заяві, враховуючи будь-які інші заяви, адресовані у письмовій формі Страховику або медичній установі (закладу), уповноваженій Страховиком проводити медичне обстеження, є складовою частиною Договору Страхування. Надаю свою згоду на те, що в процесі опрацювання моїх особистих даних Страховик може надсилати всі дані до компаній, що входять до складу групи компаній AIG або що є компаніями-партнерами Страховика та групи компаній AIG або перестраховикам.

9.5. Я розумію і погоджуюсь з тим, що на підставі оцінки ризиків на основі даних, наведених у цій Заяві, Договір Страхування може бути укладений на умовах, які відрізняються від тих, що викладені мною в цій Заяві, а саме: без надання страхового покриття за окремими програмами страхування додаткових ризиків, які вказані мною в цій Заяві, та/або із зміною розміру страхової суми, зазначеної у цій Заяві, в межах +/- 15% внаслідок оцінки ризиків на основі даних, наведених у цій Заяві, та можливими коливаннями страхової премії в межах +/- 10 грн. від вказаної у цій Заяві. Зміна страхової суми в зазначених межах, а також понад 15% у сторону збільшення не потребує додаткового погодження. Я погоджуюсь з тим, що розмір страхової суми та страхової премії буде остаточно зазначено у Страховому Полісі.

9.6. У випадку відкликання Заяви до дати випуску Страхового Полісу або відмови від Страхового Полісу з мого боку у строк, зазначений у п. 8.4 Заяви, всі можливі витрати, які пов'язані з оцінкою ризику, тобто витрати на медичну інформацію та медичне обстеження, а також нормативні витрати на ведення справи беру на себе у повному обсязі та погоджуюсь з їх вирахуванням Страховиком.

9.7. погоджуюсь із тим, що в разі дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціативи заявленої Страховальника протягом строку, зазначеного в п. 8.4 Заяви, окрім витрат, наведених в п. 9.6 Заяви, додатково із суми сплаченої першої страхової премії буде також вирахована страхова премія за період фактичної дії програм страхування (з початку дії програм страхування, зазначених у Страховому Полісі до дати отримання Головним офісом Страховика відповідного письмового звернення).

9.8. Заявляю, що цим уповноважую Страховика інвестувати суму відповідного математичного резерву та погоджуюсь з розміром Негарантованого Бонусу, отриманого в результаті такого інвестування.

9.9. беру до відома, що Страховик має право призупинити або не застосовувати індексацию по відношенню до всіх або окремих діючих Договорів Страхування.

9.10. Чесно заявляю, що фінансові кошти, використані для сплати страхового внеску, не є прибутком від кримінальної діяльності і усвідомлюю свій обов'язок дотримуватися чинного законодавства про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом.

Виступаючи заявляю Страховальником за даною Заявою, підтверджую, що на момент підписання цієї Заяви:

а) я та заявлена Застрахована Особа є резидентами України,

б) односторонньо, заявлена Застрахована Особа та визначені Вигодонабувачі Є/НЕ Є (підкреслити потрібне) громадянами США - платниками податків.

У випадку зміни мого громадянства, громадянства заявленої Застрахованої Особи або Вигодонабувачів зобов'язуюсь повідомити про це Страховика протягом 30 днів. Подання недостовірної інформації про громадянина США - платника податків переслідують законом США.

Ідентифікаційний номер заявленої Застрахованої Особи/заявленої Страховальника - платника податків США

Ідентифікаційний номер Вигодонабувача - платника податків США

9.11. Я, який нижче підписався заявляю Страховальник, цим заявляю, що мені відомі Правила, програми страхування основних та додаткових ризиків, які отримав(ла) разом з примірником цієї Заяви, зрозумів(ла) та погоджуюсь з ними.

9.12. Кредитний Договір (невід'ємна частина договору страхування) виступити Кредитодавцем та надати мені кредит шляхом відкриття відновлювальної кредитної лінії у межах викупної суми за Договором Страхування, укладеним на підставі цієї Заяви, та під заставу цієї викупної суми на умовах Правил добровільного страхування життя, а також на наступних умовах:

Валюта кредиту: грн. Розмір кредитного ліміту дорівнює розміру викупної суми за Договором Страхування Позичальник: Страховальник

Строк дії кредитного ліміту починається з третьої річниці дії та надання страхових послуг за Договором Страхування за умови наявності в Страховому Полісі або додатках до нього інформації щодо прийняття Кредитодавцем пропозиції укласти кредитний договір та закінчується датою припинення дії Договору Страхування. У разі неповернення кредиту Позичальником протягом дії Договору Страхування, в разі припинення дії Договору Страхування або в разі настання страхового випадку, для кредитного договору припиняється. Страховик має право зменшити розмір страхової виплати або викупної суми на будь-які суми, належні згідно з умовами цього кредитного договору Страховику.

Відсоткова ставка за користування кредитом: 20 (двадцять) % річних Шляхов використання кредиту: сплата чергової страхової премії за Договором страхування

Термін сплати відсотків настає у кожну річницю дати набрання чинності Договором Страхування.

Позичальник зобов'язується повністю повернути кредит та сплатити відсотки не пізніше закінчення строку дії кредитного ліміту, шляхом перерахування відповідних сум на рахунок Страховика та надіслання відповідного повідомлення на адресу Кредитодавця. Позичальник може нести відповідальність за несвочасну сплату відсотків за користування кредитом, а Кредитодавець несе відповідальність за несвочасне перерахування кредиту у вигляді пені у розмірі 0,00001% від простроченої суми за кожен календарний день прострочення. Позичальник дотримується Кредитодавцю у разі, якщо чергова страхова премія не сплачена протягом Пільгового періоду, встановленого умовами Договору Страхування, в перший день за днем закінчення Пільгового періоду спрямувати кредитні кошти на сплату чергової страхової премії за договором страхування, укладеним на підставі Заяви. Страховик може змінити відсоткову ставку за використання кредиту на сплату страхової премії без додаткового узгодження сторін шляхом письмового повідомлення Позичальника про такі зміни. Сума кредиту та процентів за користування кредитом разом з будь-якими іншими сумами, що належать до сплати на користь Кредитодавця, складають повну заборгованість Позичальника перед Кредитодавцем. Позичальник має право відмовитися від одержання кредиту, повідомивши про це Кредитодавця письмово не пізніше закінчення Пільгового періоду.

9.13. Виступаючи заявляю Страховальником, я також заявляю, що не маю претензій до Консультанта, який надав мені повну та компетентну інформацію щодо існуючих програм страхування життя Страховика відповідно до моїх власних потреб та продуктів страхування життя, які пропонуються в даний час на ринку.

9.14. Надаю право Страховику надіслати на адресу для кореспонденції, вказану в Заяві, друковані матеріали інформативного та рекламного змісту, а також пропозиції щодо розширення страхового покриття, придбання програм страхування Страховика та рахунки на сплату додаткової страхової премії за такими програмами. Сплата мною рахунку означатиме отримання пропозиції Страховика, її розуміння, повне і безумовне прийняття такої пропозиції.

9.15. погоджуюсь з тим, що Страховик буде надсилати на вказану в Заяві адресу для кореспонденції друковані матеріали інформативного та рекламного змісту з пропозиціями від компаній-партнерів Страховика, які можуть становити для мене інтерес та даю свою згоду про надання мого ім'я, адреси партнерам Страховика, які можуть надсилати на вказану в Заяві адресу для кореспонденції друковані матеріали інформативного та рекламного змісту з пропозиціями.

9.16. Даю свою згоду на факсимільне відтворення підпису уповноваженої особи Страховика на Страховому Полісі, та всіх додатках до нього, які становлять його невід'ємну частину, що видається заявленому Страховальнику. Зразок відповідного аналогу власноручного підпису уповноваженої особи Страховика подано нижче.*

* згідно Цивільного Кодексу України

ЗМІСТ ПИТАНЬ, ВИКЛАДЕНИХ В ЦІЙ ЗАЯВІ, Є ДЛЯ МЕНЕ ЗРОЗУМЛИМ. НАСЛІДКИ НАДАННЯ СТРАХОВИКУ ЗАВІДОМО НЕДОСТОВІРНИХ ВІДОМОСТЕЙ МЕНІ ПОВІДОМЛЕНІ. З УСІМА ЗАСТЕРЕЖЕННЯМИ, НАВЕДЕНИМИ В ЦІЙ ЗАЯВІ, ОЗНАЙОМЛЕНИЙ ТА ЗГОДЕН.

Я ПОГОДЖУЮСЬ З УСІМА ПУНКТАМИ БЛОКУ «ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО ЗАЯВЛЕНОЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ / СТРАХУВАЛЬНИКА», З УРАХУВАННЯМ ДОДАТКОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ, НАВЕДЕНОЇ У П. 4.9., СВОЇМ ПІДПИСОМ ПІДТВЕРДЖУЮ ДОСТОВІРНІСТЬ ТА ПОВНОТУ ВСІХ ДАНИХ, НАВЕДЕНИХ В УСІХ ЧАСТИНАХ ЦЬОЇ ЗАЯВИ; РОЗУМІЮ ТА ПОГОДЖУЮСЬ З УСІМА ЗОБОВ'ЯЗАННЯМИ, В ТОМУ ЧИСЛІ НАДАВАТИ СТРАХОВИКУ ПОВНУ ІНФОРМАЦІЮ ПРО ВІДОМІ МЕНІ ОБСТАВИНИ, ЩО МАЮТЬ ІСТОТНЕ ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ ОЦІНКИ СТРАХОВОГО РИЗИКУ, ІНФОРМУВАТИ СТРАХОВИКА ПРО БУДЬ-ЯКУ ЗМІНУ ТАКИХ ОБСТАВИН. ЗОБОВ'ЯЗУЮСЬ ОСОБИСТО ПЕРЕРАХОВУВАТИ ПЛАТЕЖІ, ПОВ'ЯЗАНІ З ЦЬОЮ ЗАЯВОЮ БАНКІВСЬКИМ ПЕРЕКАЗОМ НА РАХУНОК СТРАХОВИКА ТА НІ В ЯКОМУ РАЗІ НЕ СПЛАЧУВАТИ ЇХ ЧЕРЕЗ ТРЕТЮ ОСОБУ АБО ГОТІВКОЮ.

Заява на укладання Договору Страхування підписана в присутності Консультанта, Заявленої Застрахованої Особи та Заявленого Страховальника

Підписано у..... м. Київ..... Дата підписання 15 жовтня 20 08 року

Петров..... /..... Петров І.І......
особистий підпис прізвище та ініціали - друкованими літерами
Заявлена Застрахована Особа (її законний представник)

Петров..... /..... Петров І.І......
особистий підпис прізвище та ініціали - друкованими літерами
Заявлений Страховальник (у випадку організації - уповноважена особа)
М.П.

..... /.....
Батьки (Опікуни, Піклувальники) заявленої Застрахованої дитини

Засвідчую справжність підпису клієнта, який зроблено в моїй присутності Іванов..... /..... Іванов П.П......
особистий підпис прізвище та ініціали - друкованими літерами
Консультант