



Заява №500 від . . р.
 на укладання Договору добровільного страхування життя,
 яка є невід'ємною частиною Договору добровільного страхування життя

1. Страхувальник

ПІБ

Дата народження ..р. Вік Стать: Ч Ж Ідентифікаційний номер

Паспорт: Серія № , виданий.....
 коли ..р. Адреса реєстрації.....
(індекс, країна, область, район, населений пункт, вулиця, будинок, квартира)

Громадянство Номер телефону..... E-mail.....

Адреса листування
(Якщо не співпадає з адресою реєстрації) (індекс, країна, область, район, населений пункт, вулиця, будинок, квартира)

Місце роботи Посада (професія)

Обов'язки

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

ПІБ

Дата народження ..р. Вік Стать: Ч Ж Ідентифікаційний номер

Паспорт: Серія № , виданий.....
 коли ..р. Адреса реєстрації.....
(індекс, країна, область, район, населений пункт, вулиця, будинок, квартира)

Громадянство Номер телефону..... E-mail.....

Адреса листування
(Якщо не співпадає з адресою реєстрації) (індекс, країна, область, район, населений пункт, вулиця, будинок, квартира)

Місце роботи Посада (професія)

Обов'язки

3. Умови страхування

| | | |
|--|---|--|
| Заява 1 | Строк страхування: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> років | Валюта страхування: Гривня <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Євро <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Долар США <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Грам золота <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Періодичність сплати страхових внесків: щорічно <input type="checkbox"/> 2 рази на рік <input type="checkbox"/> щокварталу <input type="checkbox"/> щомісяця <input type="checkbox"/> одноразово <input type="checkbox"/> | | |
| Періодичність страхових виплат: одноразово <input type="checkbox"/> ануїтет <input type="checkbox"/> План збільшення страхового внеску (6%) <input type="checkbox"/> | | |

| <input type="checkbox"/> «MY LIFE», №500 <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Страхова сума | Страховий тариф | Страховий внесок |
|---|------------------------------|-----------------|------------------|
| Дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії Договору страхування | | | |
| Смерть Застрахованої особи в результаті хвороби або нещасного випадку | | | |
| Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку | | | |
| Смерть Застрахованої особи внаслідок транспортної пригоди | | | |
| Стійка втрата працездатності (постійна Інвалідність I групи) Застрахованої особи в результаті хвороби | | | |
| Стійка втрата працездатності (постійна Інвалідність I, II групи) Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку | | | |
| Звільнення від сплати страхових внесків у випадку інвалідності I групи Страхувальника | ----- | | |
| <input type="checkbox"/> «RICH LIFE», №500 <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Страхова сума | Страховий тариф | Страховий внесок |
| Дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії Договору страхування | | | |
| Смерть Застрахованої особи в результаті хвороби або нещасного випадку | Повернення страхових внесків | | |
| <input type="checkbox"/> «HAPPY LIFE», №500 <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Страхова сума | Страховий тариф | Страховий внесок |
| Дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії Договору страхування | | | |
| Смерть Застрахованої особи в результаті хвороби або нещасного випадку | Повернення страхових внесків | | |
| Смерть Страхувальника в результаті хвороби або нещасного випадку під час дії Договору страхування | | | |
| Звільнення від сплати страхових внесків у випадку смерті або інвалідності I групи Страхувальника | ----- | | |

Заява 2 | **Строк страхування:** років | **Валюта страхування:** Гривня | **Періодичність сплати страхових внесків:** щорічно

| <input type="checkbox"/> «Здоров'я», №500 <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Страхова сума | Страховий тариф | Страховий внесок |
|---|---------------|-----------------|------------------|
| Смерть Застрахованої особи внаслідок хвороби або нещасного випадку | 10 | 0,2 | |
| Страховання тілесних ушкоджень внаслідок нещасного випадку (для осіб з 3 до 60 років), таблиця 2.7. Правил страхування | | | |
| Страховання смертельно-небезпечних захворювань з додатковою виплатою (для осіб з 18 до 60 років), таблиця 3.1. Правил страхування, Варіант № 3 (20 хвороб, хвороби 1-20) | | | |

| 4. Вигодонабувачі | Дата народження | Ризик | Частка, % |
|----------------------------|-----------------|--|-----------|
| ПІБ: Адреса:..... | □□.□□.□□□□р. | Дожиття <input type="checkbox"/> Смерть <input type="checkbox"/> Інше <input type="checkbox"/> | |
| ПІБ: Адреса:..... | □□.□□.□□□□р. | Дожиття <input type="checkbox"/> Смерть <input type="checkbox"/> Інше <input type="checkbox"/> | |
| ПІБ: Адреса:..... | □□.□□.□□□□р. | Дожиття <input type="checkbox"/> Смерть <input type="checkbox"/> Інше <input type="checkbox"/> | |

5. Медична анкета

| ЗАПИТАННЯ | | Застрахована особа | Страховальник |
|--|--|--|--|
| 5.1 | Чи маєте Ви на даний момент групу інвалідності або ознаки стійкої неприцездатності? | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> |
| 5.2 | Чи перебуваєте Ви на обліку в психоневрологічному, наркологічному, онкологічному, протитуберкульозному, шкідливіх захворювань 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"/> |
| 5.3 | Чи хворіли Ви в минулому або хворієте зараз на захворювання серцево-судинної системи, захворювання крові, шлунково-кишкового тракту, обміну речовин, органів дихання, кісток, нервів, печінки, залоз внутрішньої секреції, статевих органів, нирок, хронічний чи гострий гепатит, алкоголізм, діабет, алергія, онкологічні захворювання, параліч, СНІД(ВІЛ) або будь-яку іншу хворобу, що не перелічена вище? Якщо так, вкажіть рік виникнення захворювання, діагноз та ступінь захворювання на даний момент. | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> |
| 5.4 | Чи перенесли Ви будь-яку хірургічну операцію, нещасний випадок, чи маєте фізичні вади або uszkodження? | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> |
| 5.5 | Чи приймаєте Ви протягом останнім 5 роками часто чи регулярно медикаменти? Якщо так - вкажіть Які саме і в яких дозах? | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> |
| 5.6 | Чи має або мав хтось із Ваших найближчих родичів до 60 років високий тиск крові, діабет, захворювання серця, психічні хвороби, онкологічні хвороби? Якщо так, вкажіть хто та діагноз: | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> |
| 5.7 | 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"/> |
| 5.8 | Зріст (см) / Вага (кг) | _____ см / _____ кг | _____ см / _____ кг |
| 5.9 | Артеріальний тиск (мм рт. ст.) | _____ / _____ | _____ / _____ |
| 5.10 | Чи палите Ви? Якщо так, то скільки цигарок в день □ / тиждень □? Як давно? _____ | _____ од. | _____ од. |
| 5.11 | Як часто Ви споживаєте алкогольні напої? Вкажіть кількість / вид (міцні напої, вино, пиво), в день □ / в тиждень □ | _____ л | _____ л |
| 5.12 | Чи займаєтесь Ви або плануєте займатись ризиковими видами спорту/хобі? | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> |
| 5.13 | Ви часто подорожуєте у країни за межами Європи? Куди саме, як на довго і з якою метою? | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> |
| 5.14 | Чи пов'язана Ваша професійна діяльність із ризиками, в тому числі із засобами, небезпечними для життя або здоров'я, робота під землею, під водою, на висоті, і т. п? | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> |
| 5.15 | 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"/> |
| 5.16 | 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"/> |
| 5.17. 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. Рішення про прийняття Застрахованої особи на Страхування здійснюється тільки після отримання відповідних документів та висновку андеррайтера. | | | |

6. Декларація

- Цим підтверджую, що вся інформація, наведена в цій Заяві на укладання Договору добровільного страхування життя (далі – Договір), мною зрозуміла, надана добровільно, є повною та достовірною.
- Я розумію та погоджуюсь, що неповна та недостовірна інформація, зазначена у п.п.5.1.-5.15 даної Заяви, надає Страховику право відмовити у здійсненні страхової виплати.
- Я згоден(на), що вся інформація, наведена в цій Заяві на укладання Договору та відомості про Застраховану особу є істотними умовами Договору, та якщо буде виявлено неповне та недостовірне надання інформації в цій Заяві, то Страховик буде мати право визнати Договір недійсним відповідно до положень ст.ст. 229, 230 Цивільного кодексу України.
- Я розумію, що я повинен(на) повідомити ТДВ «СК «ГЛІ» (далі – Страховик) про всі зміни роду моєї діяльності протягом терміну дії Договору.
- Я надаю право будь-якому лікарю, лікарні, клініці, надавачу медичних послуг, страховій компанії або будь-якій іншій компанії, закладу, будь-якій іншій особі, яка має який-небудь запис або інформацію про мене, надати Страховику повну інформацію, включаючи копії записів про будь-які хвороби або нещасні випадки, будь-яке лікування, дослідження, обговорення або госпіталізацію, а також про мою зайнятість.
- Якщо відповіді написані не моєю рукою, підтверджую, що я їх завірив(-ла) і вони відповідають дійсності.
- Я згоден(на) з тим, що вся інформація, зазначена в цій Заяві на укладання Договору та відомості про Застраховану особу, буде основою Договору, і якщо буде виявлено умисне спотворення або приховування інформації, що впливає на прийняття рішення про моє страхування, то Страховик буде мати право розірвати укладений Договір.
- Я згоден(на) з тим, що Договори наберуть чинності у відповідності з рішенням Страховика про умови прийняття на страхування починаючи з дати, що буде зазначена в Полісах добровільного страхування життя і тільки після сплати мною страхових внесків в повному обсязі.
- Я погоджуюсь з можливим збільшенням страхового внеску/зменшенням розміру страхових сум внаслідок оцінки ризиків на основі даних, наведених у цій Заяві.
- Мені відомо, що страховий посередник не уповноважений приймати страхові внески готівкою або в безготівковій формі від Страховальника. Розрахунки між Сторонами проводяться в гривні за курсом НБУ на день сплати, а зі Страховальниками-нерезидентами – у іноземній вільноконвертованій валюті або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених чинним законодавством України.
- Мені відомо, що при сплаті страхових платежів або здійсненні страхових виплат у валюті іншій ніж гривня враховується курс НБУ з двома знаками після коми.
- Я згоден(на) з тим, що якщо під час перших п'яти років дії Договору, який був укладений відповідно до цієї Заяви, Страховальник не сплатив черговий страховий платіж у повному обсязі в передбачені Договором строки, включаючи Пільговий період, такий Договір продовжує діяти на змінених умовах, відповідно до яких страхова сума за основними ризиками зменшується до 10 гривень, 1 долара США/євро або 0,02 грама золота, залежно від валюти Договору. При цьому страхове покриття за додатковими ризиками припиняється. У разі непогашення Страховальником заборгованості до кінця п'ятого року дії Договору, такий Договір припиняє свою дію в останній день п'ятого року його дії.
- Я розумію, що під поверненням внесків мається на увазі розмір страхової суми у грошовому виразі, що відповідає сумі сплачених страхових внесків на момент настання страхового випадку.
- Я підтверджую, що я не є публічним діячем або пов'язаною з ними особою або особою, що діє від його імені.
- Я ознайомлений(на) та погоджуюсь з Правилами добровільного страхування життя Страховика та умовами Програми страхування, які є невід'ємними частинами Договору та розміщені на сайті Страховика www.gli.com.ua.
- Я погоджуюсь з тим, що надані мною персональні дані можуть використовуватися Страховиком з метою отримання мною інформації про послуги Страховика.
- Цим підтверджую, що мені надана та роз'яснена інформація, зазначена в частині другій статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг». Мені відомо, що зазначена інформація розміщена на сайті Страховика www.gli.com.ua.
- Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» (далі – Закон) даю свою згоду ТДВ «СК «ГЛІ» на обробку моїх персональних даних (ідентифікаційні, паспортні, біометричні дані, особисті відомості тощо) з метою забезпечення реалізації відносин у сфері страхування життя та перестрахування, передачу моїх персональних даних у випадках, передбачених умовами договорів та чинним законодавством України, без повідомлення мене про це.
- Для ідентифікації фізичних осіб, наведених в Заяві, разом із Заявою я надаю належним чином завірених копій документів.

СТРАХУВАЛЬНИК

(інформацію в цій Заяві підтверджую, Поліс страхування життя отримав)

_____ / _____ /
(підпис) (П.І.Б.)

ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА

(на страхування згоден(на) та інформацію про стан здоров'я підтверджую)

_____ / _____ /
(підпис) (П.І.Б.)

Консультант П.І.Б.

Страховий посередник

| | |
|--|-------------------|
| | Мобільний телефон |
|--|-------------------|