

Зразок

ЗАЯВА № _____ дата _____ р.

НА ПРИЄДНАННЯ ДО ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ № ОТП Алло 1 від 02 червня 2014

М.Київ

«___» _____ р.

Я, _____, _____ року народження, (адреса проживання, паспорт, ідентифікаційний номер (код)), надалі – «Заявник», відповідно до цієї Заяви підтверджую, що:

- Я, Заявник, отримав(-ла) для ознайомлення та ознайомився(-лась) в усній та письмовій формі з: Правилами добровільного страхування життя Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «УНІКА Життя» (нова редакція), зареєстрованими Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 19.11.2008 року за № 0181638, зі змінами та доповненнями, чинними на дату підписання цієї Заяви (далі за текстом – **Правила**), з умовами програми страхування, яка є Додатком №12 до Правил (далі за текстом – **Програма страхування**), умовами Договору добровільного страхування життя позичальників кредитів №ОТП Алло 1 від 23.05.2014 р., що затверджений Головою правління Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «УНІКА Життя» (далі за текстом – **Договір страхування**), та засвідчую своє повне та безумовне розуміння їх змісту та свій свідомий і компетентний вибір страхової послуги;
- Ця Заява, підписана мною, Заявником, та прийнята уповноваженою особою Страховика, підтверджує досягнення згоди сторін з усіх істотних умов Договору, є доказом його укладення, та того факту, що з дати прийняття цієї Заяви Заявник та Страховик набувають взаємних прав та обов'язків, визначених Договором; Я, Заявник, цим підтверджую своє розуміння того, що ця Заява, Договір, Правила та Програма є основою правовідносин між Страховиком, Страхувальником (Застрахованою особою) та Вигодонабувачем, і у своїй сукупності складають індивідуальний договір добровільного страхування життя з наступними суттєвими індивідуальними умовами (далі за текстом – **Індивідуальний договір страхування**):
 1. Страховик: ПрАТ «Страхова компанія УНІКА Життя», місцезнаходження: 01032, Київ, вул. Саксаганського, 70-А, код ЄДРПОУ 34478248.
 2. Страхувальник: Заявник.
 3. Застрахована особа: Заявник.
 4. Вигодонабувач: Публічне акціонерне товариство «ОТП Банк», яке знаходиться за адресою: 01033, м. Київ, вул. Жилианська, 43, ідентифікаційний код 21685166
 5. Об'єкт страхування: майнові інтереси, що не суперечать чинному законодавству України, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи.
 6. Строк страхування: _____ міс. від дати подання цієї Заяви Страхувальником, яку зазначено на цій Заяві.
 7. Валюта страхування: гривня.
 8. Страхові ризики за договором:
 - 8.1. Смерть Застрахованої особи, яка сталася протягом всього строку дії Договору страхування.
 - 8.2. Інвалідність Застрахованої особи I або II групи в результаті нещасного випадку, що трапився з Застрахованою особою під час дії Договору страхування.
 - 8.3. Безробіття Застрахованої особи, під яким Сторони розуміють досягнення Застрахованою особою віку, визначеного на дату її звільнення з роботи згідно з п. 6 ст. 36 «Кодексу законів про працю України» (надалі – КЗпП) або п. 1 ст. 40 КЗпП, з врахуванням умов пунктів 4.2. та 4.6.6. Договору страхування.
 9. Страхові виплати: Страхова виплата за страховим випадком, визначеним пунктом 8.1. Договору страхування, здійснюється Страховиком у розмірі непогашеного залишку заборгованості Страхувальника за Кредитним договором, що існував на момент настання страхового випадку, включаючи проценти, штрафи за три місяці, що передували страховому випадку, але в будь-якому випадку у межах Єдиної страхової суми. Страхова виплата за страховим випадком, визначеним пунктом 8.2. Договору страхування, здійснюється Страховиком у розмірі 70% від непогашеного залишку заборгованості Страхувальника, за Кредитним договором, що існував на момент настання страхового випадку, включаючи проценти, штрафи за три місяці, що передували страховому випадку, але в будь-якому випадку в межах Єдиної страхової суми та не більше 100 000 грн. Страхова виплата за страховим випадком, визначеним пунктом 8.3. Договору страхування, здійснюється щомісячно, в розмірі мінімального щомісячного платежу за Кредитним договором, на момент настання страхового випадку, за кожен місяць безперервного перебування Застрахованої особи на обліку в службі зайнятості, але в будь-якому випадку не більше ніж за п'ять місяців протягом строку дії цього Договору, в межах Єдиної страхової суми та з врахуванням умов пунктів 4.2. та 4.6.6. Договору страхування.
 10. Єдина страхова сума за групою страхових ризиків, визначених пунктом 8 цієї Заяви: _____ гривень.
 11. Страховий тариф: _____%
 12. Страхова премія: _____ гривень.
 13. Територія дії: весь світ.

Я, Заявник, розумію та погоджуюсь, що підписуючи цю Заяву, я буду виступати Страхувальником і Застрахованою особою за Індивідуальним договором страхування. Я підтверджую, що укладення Індивідуального договору страхування з мого боку є добровільним і здійснюється за моїм бажанням. Я проінформований(на) про те, що Програма страхування не є інвестиційним продуктом. Я ознайомлений(на) з Правилами, Програмою страхування, умовами Договору, розумію їх зміст і цілком і повністю погоджуюсь з ними.

Я підтверджую, що я дієздатним(-ною), не звертався(лася) за медичною допомогою і лікуванням у зв'язку з ВІЛ/СНІДом, а також, наскільки мені відомо, я не є носієм ВІЛ/СНІДУ, і в мене відсутня позитивна реакція при аналізі крові на антитіла до ВІЛ/СНІДУ. Я підтверджую, що я не є інвалідом I або II групи інвалідності; не маю онкологічних захворювань та/або тяжких захворювань серцево-судинної системи та/або ниркової недостатності; не перебуваю на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних шкірно-венерологічних диспансерах, центрах із профілактики та боротьби зі СНІДом; не страждаю алкоголізмом, не перебуваю у місцях позбавлення волі. Я підтверджую, що на дату складання Договору страхування мені виповнився 21 повний рік, але не виповнилося 70 повних років. 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 мої хвороби або нещасні випадки, будь-яке моє лікування, дослідження, консультації або госпіталізацію, а також про мою зайнятість. Будь-яка фотокопія цього дозволу повинна бути правомірною як і оригінал копії. Я, Заявник, надаю свою повну, необмежену строком згоду на збирання, накопичення, обробку та поширення моїх персональних даних будь-яким способом, передбаченим Законом, занесення їх до баз персональних даних Страховика та Вигодонабувача, передачу та/або надання доступу третім особам без отримання моєї додаткової згоди та підтверджую, що я письмово повідомлений, що з моменту укладення цього Договору, мої персональні дані будуть включені до електронної бази персональних даних Інформаційної системи "LEX" (Свідоцтво про Державну реєстрацію бази персональних даних серія АА №000448 від 05.10.2011 р.), володільцем якої є ПрАТ «Страхова компанія «УНІКА Життя». Строк обробки (зберігання)

персональних даних Страхувальника становить 5 (п'ять) років від моменту припинення ділових відносин між Страховиком і Страхувальником.

Страховик:

ПрАТ «Страхова компанія «УНІКА Життя», в особі
Публічного акціонерного товариства «ОТП Банк»

01601, м. Київ, вул. Жилянська, 43

МФО 300528

Ідентифікаційний код 21685166, представленого:

_____ (підпис, ПІБ.)

м.п.

який діє на підставі Довіреності №.... відр.

(виконавець)

Заявник: (Страхувальник/Застрахована особа):

(ПІБ)

(ідентифікаційний код)

(адреса реєстрації)

(тел. дом; тел.моб.)

_____ (Підпис)