

Зразок

ЗАЯВА № _____ дата _____ р.

НА ПРИЄДНАННЯ ДО ДОГОВОРУ ДОБРОВОЇЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ № ОТП 1 від 12 травня 2014 р.

_____ 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 «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 1, що затверджений Головою правління Приватного акціонерного товариства «УНІКА Життя» (далі за текстом – **Договір**), 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 та Страхувальником (Застрахованою особою, 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: Київ, вул. Саксаганського, 70а, 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 випадки за договором:
 - 8.1. Смерть Застрахованої Особи, яка сталася протягом всього строку дії Індивідуального 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, що стався протягом строку дії Індивідуального договору страхування.
 - 8.3. Тимчасова втрата працездатності Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку, що трапився з Застрахованою особою протягом строку дії Індивідуального договору страхування.
 9. Єдина страхова сума за групою страхових ризиків, визначених пунктом 8 цієї Заяви: _____ гривень.
 10. Страховий тариф: _____%
 11. Страхова премія: _____ гривень.
 12. 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 погоджуюся з ними.

Я підтверджую, що я дієздатним(-ною), не звертався(-лась) 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 згоду на обробку моїх персональних даних та підтверджую, що я письмово повідомлений, що з моменту укладення цього Договору, мої персональні дані будуть включені до електронної бази персональних даних Страховика - Інформаційної системи "LEX" (Свідоцтво про Державну реєстрацію бази персональних даних серія АА №000448 від 05.10.2011 р., адреса розміщення: 01030, м. Київ, вул. Чапаєва, 5), 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. Жилианська, 43
МФО 300528
Ідентифікаційний код 21685166, представлено:

_____ (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)