Заява (опитувальник) №

Заява (опитувальник) на страхування є пропозицією Страхувальника укласти Договір страхування на підставі Правил добровільного страхування життя Страховика від 19.12.2017 під № 0117338. Заява на страхування з усіма додатками, Поліс (Договір) страхування та Правила в частині загальних положень та обраних додатків до Правил є юридичною формою взаємовідносин Страховика та Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувачів) і розглядаються як єдине ціле та становлять Договір страхування життя (Далі — Договір страхування). Пропоную укласти Договір страхування на умовах, викладених у цій Заяві.

Страховик: ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «КНЯЖА ЛАЙФ ВІЄННА ІНШУРАНС ГРУП»

Страхувальник:

ПІБ _____

Дата народження "____" _____ _____ р. Адреса реєстрації _____
(Індекс, країна, область, район, населений пункт, вулиця, будинок, квартира)

_____ Громадянство _____

Номер телефону _____ Viber _____ E-mail _____

Адреса проживання _____
(Якщо не співпадає з адресою реєстрації) (Індекс, країна, область, район, населений пункт, вулиця, будинок, квартира)

Застрахована особа: ☐ (Відмітити, якщо Страхувальник є Застрахованою особою)

ПІБ _____

Дата народження "____" _____ _____ р. Адреса реєстрації _____
(Індекс, країна, область, район, населений пункт, вулиця, будинок, квартира)

_____ Громадянство _____

Номер телефону _____ Viber _____ E-mail _____

Персональні дані:

1. Чи належите Ви до національних або іноземних публічних діячів, діячів, що виконують політичні функції в міжнародних організаціях, їх близьких осіб або пов'язаних з ними осіб?		(Страхувальник) ☐ Так ☐ Ні
2. Ваш фінансовий стан?	☐ Платоспроможний	☐ (Страхувальник) _____
3. Мета та характер майбутніх ділових відносин між Вами та ПрАТ СК «КНЯЖА ЛАЙФ ВІЄННА ІНШУРАНС ГРУП»?	☐ Укладення договору страхування життя	☐ (Страхувальник) _____
4. Вкажіть, будь ласка, Вашу посаду, місце роботи та опишіть обов'язки, які Ви виконуєте?	Застрахована особа	Страхувальник
5. Чи відповідає Страхувальнику хоча б одна з наступних ознак: громадянство США, місце проживання США, країна народження США, адреса у США, єдиною адресою є адреса «на запитання» у США або довірча/управлінська адреса у США, номер телефону в США, прохання повернути кошти на рахунок в США, довіреність на представництво або право підпису надано особі з адресою у США?		☐ Так ☐ Ні

Основні умови:

Заява 1 Накопичувальне страхування життя:

Строк страхування _____ років Валюта: ☐ Гривня; ☐ Долар США; ☐ Євро

Кількість років сплати страхових внесків _____ Кількість платежів на рік _____

Фіксований відсоток зміни щорічного внеску *(для Додатків 8-ОС, 10-ОС, 11-ОС, 12-ОС до Правил)* _____ %

Часткові страхові виплати за Додатком 8-ОС (період виплат/ страхові суми):

5 років _____ 10 років _____ 15 років _____ 20 років _____ 25 років _____

Додаток до Правил	Страхові ризики, страхові випадки	Страховий тариф, %	Страхова сума	Страховий внесок, річний
Страховий внесок до сплати (з урахуванням розстрочки) _____				

Заява 2 Ризикове страхування життя:

Строк страхування _____ років Кількість платежів на рік _____ Валюта: ☐ Гривня; ☐ Долар США; ☐ Євро

Додаток до Правил	Страхові ризики, страхові випадки	Страховий тариф, %	Страхова сума	Страховий внесок, річний
Страховий внесок до сплати (з урахуванням розстрочки) _____				

Вигодонабувачі:

	Страхові випадки згідно з Додатками до Правил:	Дата народження	Частка, %
1.	☐ Дожиття ☐ Смерть ☐ Інші страхові випадки ПІБ _____ Адреса _____		
2.	☐ Дожиття ☐ Смерть ☐ Інші страхові випадки ПІБ _____ Адреса _____		
3.	☐ Дожиття ☐ Смерть ☐ Інші страхові випадки ПІБ _____ Адреса _____		

Порядок виплати страхової суми: ☐ Разова **Страхувальник** _____ (підпис) **Застрахована особа** _____ (підпис)

Дайте відповіді на запитання:

№	Запитання	Застрахована особа	Страхувальник
1.	Вага, зріст	_____кг _____ см	_____кг _____ см
2.	Артеріальний тиск: звичайний / максимальний (при гіпертонії)	_____/_____ _____/_____	_____/_____ _____/_____
3.	Яке Ваше середнє споживання тютюнових виробів (щодня)_____, як довго _____, алкоголю (за тиждень) _____		
4.	Чи пов'язана Ваша професійна діяльність з ризиками (використання засобів, небезпечних для життя, робота нависоті, під землею, з високою напругою тощо)?	☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні
5.	Опишіть Ваші безпосередні професійні обов'язки. _____		
6.	Чи була пов'язана Ваша професійна діяльність раніше з ризиком виникнення захворювань, пов'язаних з професійною діяльністю?	☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні
7.	Чи захоплюєтеся Ви ризиковими видами спорту / хобі? Якщо Так, то вкажіть, якими саме?	☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні
8.	Чи хворіли Ви у минулому або чи хворієте зараз на захворювання (або маєте діагнози/ будь-які скарги) серцево-судинної системи, крові, шлунково-кишкового тракту, обміну речовин, органів дихання, слуху, зору, кісток, мозку, нервів, печінки, залоз внутрішньої секреції, статевих органів, нирок?	☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні
9.	Чи хворіли Ви у минулому або чи хворієте зараз (або маєте діагнози/ будь-які скарги) на хронічний гепатит, алкоголізм, діабет, алергію, онкологічні захворювання, СНІД (ВІЛ) або будь-яку іншу хворобу, що не перелічена вище?	☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні
10.	Чи приймали/приймаєте Ви останні 5 років часто або регулярно будь-які медикаменти? Якщо ТАК, вкажіть, які саме. _____	☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні
11.	Чи знаходитесь (або знаходились) Ви на диспансерному обліку (назва лікувального закладу, діагноз, рік взяття на облік)?	☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні
12.	Чи були Ви коли-небудь за останні 5 років у лікарні, санаторії чи іншому лікувальному закладі на лікуванні, для операцій чи обстеження?	☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні
13.	Чи призначено Вам на даний час обстеження або лікування? Чи плануєте Ви звернутися за медичною допомогою або пройти медичне обстеження?	☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні
14.	Чи присвоєна (була присвоєна; знаходитесь в процесі оформлення) Вам група інвалідності? Якщо Так, яка саме? _____	☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні
15.	Чи маєте Ви вади розвитку, вроджені каліцтва?	☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні
16.	Чи маєте Ви перенесені травми (рік травмування, характер травми, наслідки, надати виписку)? _____	☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні
17.	Чи переносили Ви операції (рік втручання, діагноз, опис втручання, надати виписку)? _____	☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні
18.	Чи існують інші важливі обставини та ризики, відсутні в переліку, що можуть вплинути на рішення щодо страхування? Крім того, чи маєте Ви в даний час ознаки гострого інфекційного захворювання, такі як кашель,підвищення температури тіла, загальна слабкість, задишка, діарея та ін.	☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні
19.	Чи хворів хто-небудь із Ваших родичів на наступні захворювання: діабет, інсульт, інфаркт, серцеві захворювання, захворювання нирок, рак, туберкульоз, психічні захворювання?	☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні
20.	Чи існують інші укладені договори (або чи подавалися будь-коли заяви з приводу) страхування Вашого життя, здоров'я чи страхування на випадок нещасного випадку? Чи отримували Ви страхові виплати за договорами страхування життя та здоров'я або від нещасного випадку?	☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні
21.	(якщо Застрахована особа дитина) Чи народилася дитина від доношеної вагітності? Якщо Ні, то на якому терміні, причина (діагноз матері, діагноз дитини тощо)? _____	☐ Так ☐ Ні	
22.	(якщо Застрахована особа дитина) Чи є затримка розвитку, будь-які діагнози? Якщо Так, то які саме, де дитина стоїть на обліку? _____	☐ Так ☐ Ні	

Для запитань, на які Ви дали позитивну відповідь, вкажіть більш детальну інформацію:

№	Застрахована особа	№	Страхувальник

Спосіб відправки Договору страхування: Через страхового посередника ☐ Особисто ☐

Перш ніж підписати Заяву, перевірте, будь ласка, уважно, чи вірно і повністю вказані дані. Своїм підписом Ви підтверджуєте правильність вказаних даних і погоджуєтесь із конкретними умовами страхування, доповненнями або уточненнями до Правил і Додатків. Договір страхування в ступає в силу з 00:00 годин (Київський час) дня, вказаного в Договорі страхування. Страховий захист діє з 00:00 годин (Київський час) дня, вказаного у Договорі страхування, але не раніше дня, наступного після дня сплати першого страхового внеску (або його частини при розстрочці). Місце дії Договору – територія всього світу, крім тимчасово окупованих територій, АР Крим ,а також населених пунктів України, на території яких органи Державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження.

Заява Я ознайомився(лась) з Декларацією на зворотній стороні Заяви та повністю з нею погоджуюсь. Я ознайомився(лась) з Правилами страхування та відповідними Додатками, що розміщені на сайті Страховика за посиланням https://www.kniazha-life.com.ua/dokumenti, до моменту набрання Договором страхування юридичної чинності та згоден(на) з ними, зрозумів (ла) їх, стосовно усіх запитань, які у мене виникли, отримав(ла) вичерпну відповідь.

Я даю згоду та уповноважую будь-якого лікаря, лікарню, поліклініку або іншу організацію, яка надає медичну допомогу, лабораторію або діагностичний центр, будь-якої форми власності, що знаходяться в Україні або за межами України, страхову компанію або будь-яку іншу компанію, організацію, або будь-яку особу, що володіє інформацією про мене, надати необхідну Страховику інформацію (надання якої передбачено Договором страхування та/або для прийняття рішення стосовно Договору страхування), включаючи копії документів із зазначенням захворювань або нещасних випадків, пройденого мною лікування, обстеження, консультацій або госпіталізації, перенесених захворювань, а також про моє професійне заняття і місце роботи (характер виконуваних робіт) або про інші події, які виникали до початку дії Договору страхування, виникли або можуть виникнути протягом строку дії Договору страхування (хвороби, що були в минулому або теперішні хвороби, наслідки нещасних випадків, фізичні вади, результати досліджень та експериментального лікування , стан здоров'я тощо). Страховик має право надавати копію цієї згоди в межах умов, визначених цією заявою (опитувальником) та Договором страхування.

Підписи сторін	
Застрахована особа	Страхувальник
Підпис _____	Підпис _____
Дата "____" _____ 20 ____ р.	Дата "____" _____ 20 ____ р.

Ідентифікацію та верифікацію проведено страховим посередником _____

Підпис _____

ПІБ _____

Тел. +38(0____)_____

ЗАПОВНЮЄТЬСЯ СТРАХОВИКОМ!

Дата отримання Заяви 1 _____ № Полісу (Договору страхування) _____ Початок дії _____ Приймається ☐ частково ☐ повністю

Дата отримання Заяви 2 _____ № Полісу (Договору страхування) _____ Початок дії _____ Приймається ☐ частково ☐ повністю

Строки сплати страхових внесків: Заява 1 _____ Заява 2 _____

_____ / _____ /

М.П. Підпис ПІБ

Декларація

- Я **підтверджую**, що всі твердження у Заяві (опитувальнику) (далі – Заява) є правдивими і повними, всі викладені у письмовій формі.
- Я **розумію, усвідомлюю і погоджуюся, що** наведена у Заяві інформація є основою для укладення Договору страхування зі Страховиком. При свідомому наданні помилкової, неправдивої або неповної інформації Договір страхування вважатиметься недійсним з моменту його підписання, і Страховик звільнятиметься від будь-яких зобов'язань за Договором страхування. Я стверджую, що у момент підписання цієї Заяви я усвідомлюю значення своїх дій і можу керувати ними; розумію природу цього правочину, свої права та обов'язки за Договором страхування; при укладанні Договору страхування відсутній будь-який обман чи інше приховування фактів, які б мали істотне значення та були свідомо приховані мною; Договір страхування укладається мною у відповідності зі справжньою волею, без будь-якого застосування фізичного чи психічного тиску; не є результатом впливу тяжких для Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувачів) обставин; правочин вчиняється з наміром створення відповідних правових наслідків (не є фіктивним); цей правочин не приховує інший правочин (не є удаваним).
- Я **підтверджую, що при укладенні Договору страхування мені були роз'яснені всі істотні умови Договору страхування та по ним було досягнуто згоди.**
- Я **розумію, усвідомлюю і погоджуюся, що** страховий Поліс (далі – Поліс) є формою Договору страхування, який посвідчує факт укладення Договору страхування (далі – Договір страхування).
- **Я даю згоду та уповноважую** будь-якого лікаря, лікарню, поліклініку або іншу організацію, яка надає медичну допомогу, лабораторію або діагностичний центр, будь-якої форми власності, що знаходяться в Україні або за межами України, страхову компанію або будь-яку іншу компанію, організацію, або будь-яку особу, що володіє інформацією про мене, надати необхідну Страховику інформацію (надання якої передбачено Договором страхування та/або для прийняття рішення стосовно Договору страхування), включаючи копії документів із зазначенням захворювань або нещасних випадків, пройденого мною лікування, обстеження, консультацій або госпіталізації, перенесених захворювань, а також про моє професійне заняття і місце роботи (характер виконуваних робіт) або про інші події, які виникали до початку дії Договору страхування, виникли або можуть виникнути протягом строку дії Договору страхування (хвороби, що були в минулому або теперішні хвороби, наслідки нещасних випадків, фізичні вади, результати досліджень та експериментального лікування , стан здоров'я тощо). Страховик має право надавати копію цієї згоди в межах умов, визначених цією заявою (опитувальником) та Договором страхування.
- **Я усвідомлюю і погоджуюся**, що з метою виконання умов перестрахування та проведення належної оцінки ризику я зобов'язаний за вимогою Страховика забезпечити реалізацію права Страховика на проведення андерайтингу, в тому числі медичного обстеження Застрахованої особи, зокрема при зміні істотних умов Договору страхування, зміні ступеня страхового ризику та інше.
- **Предметом Договору** страхування є майнові інтереси, що пов'язані з життям, здоров'ям, працездатністю та пенсійним забезпеченням Застрахованої особи.
- **Мені відомо,** що страховий посередник, який приймає Заяву, не має права приймати будь-які рішення за Страховика та не має права давати за Страховика роз'яснення на мій запит. Зобов'язання Страховика по Договору страхування вважаються дійсними лише у тому випадку, якщо про них повідомлено в письмовій формі і вони завірені підписом та печаткою Страховика.
- **Мені відомо, що** страховий посередник не уповноважений приймати страхові внески готівкою або в безготівковій формі від Страхувальника. Особливості розрахунку між Сторонами можуть бути додатково передбачені умовами Договору страхування згідно із Правилами Страхування (далі - Правила).
- **Мені відомо і я даю згоду на те,** що зміна умов Договору страхування в обов'язковому порядку узгоджується зі Страховиком. Зміни до Договору страхування вносяться за згодою Застрахованої особи. Будь-які зміни до Договору страхування оформлюються Додатковими угодами та/або шляхом обміну листами/заявами/документами про узгодження відповідних змін, підписаними стороною, яка їх надсилає, та є невід'ємною частиною Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.
- Договір страхування набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу. Страховий захист діє з 00 годин 00 хвилин (Київський час - тут та в подальшому) дня, наступного після дня надходження страхового платежу (або його частини при розстрочці) в повному обсязі на рахунок Страховика.
- Страховик не несе зобов'язань щодо страхового захисту за Договором страхування, якщо інше ним не передбачено, в період з моменту несплати чергового страхового платежу (його частини при розстрочці) в розмірі та строки, вказані в Договорі страхування, до 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем сплати страхового платежу (його частини при розстрочці) в повному обсязі, крім випадків, передбачених п.7.17 § 1 Правил. Прострочення сплати страхових внесків та/або сплата (вимога сплати) пені не звільняє Страхувальника від виконання свого обов'язку щодо сплати всіх страхових платежів у розмірах, визначених Договором страхування, у т.ч. за страхові періоди (або їх частини при розстрочці), що минули.
- **Мені відомо, що** при щорічній сплаті страхових внесків за основним та додатковим страхуванням я маю право вносити їх один, два, чотири або дванадцять разів на рік, якщо це передбачено умовами Договору страхування.
- **Мені відомо і я погоджуюся з тим,** що я не маю права достроково сплатити частину або загальний обсяг страхових внесків за Договором страхування, по якому грошові зобов'язання визначені у вільноконвертованій валюті.

  Я зобов'язуюся сплачувати страхові внески в повному обсязі за таким Договором страхування не раніше ніж за 20 календарних днів до дати початку наступного неоплаченого страхового періоду (або його частини при розстрочці). При виконанні цієї умови – страховий внесок зараховується за курсом НБУ на дату його сплати.
- Якщо дострокову сплату було здійснено раніше зазначеного терміну, мені відомо, що внесені кошти фіксуються лише в розмірі фактично сплаченої гривні та жодним чином не перераховуються в еквівалент іноземної валюти. В такому випадку мої зобов'язання щодо сплати чергового страхового внеску (або його частини при розстрочці) вважаються виконаними, якщо: 1) загальна сума достроково сплачених внесків дорівнює або перевищує розмір чергового страхового платежу, розрахованого за курсом НБУ на дату початку чергового страхового періоду, або 2) протягом 20 календарних днів до дати початку наступного неоплаченого страхового періоду (або його частини при розстрочці) мною додатково буде сплачено кошти, які з урахуванням раніше сплаченої гривні будуть складати суму не менше чергового страхового внеску (або його частини при розстрочці) у повному розмірі за курсом НБУ на дату такої останньої сплати.
- **Мені відомо і я погоджуюся з тим,** що в разі сплати страхового внеску за Договором страхування, по якому грошові зобов'язання визначені у вільноконвертованій валюті, після початку чергового страхового періоду (або його частини при розстрочці) розмір моїх зобов'язань щодо сплати чергового страхового внеску (або його частини при розстрочці) визначається в гривневому еквіваленті за курсом НБУ на дату сплати страхового внеску (або його частини при розстрочці) в повному обсязі.
- **Мені відомо, що** страховими випадками за Договором страхування можуть бути один або декілька страхових ризиків, визначених у Додатках до Правил страхування. Конкретний перелік Додатків до Правил та страхових випадків визначається в цій Заяві в розділі «Страхові ризики, страхові випадки» та Договорі страхування.
- **Мені відомо, що** Страховик може обмежити загальну страхову суму та/або розмір внеску (мінімальний, максимальний) за конкретним Додатком(ами), вказаними у Заяві та/або Договорі(ах) страхування.
- **Мені відомо,** що згідно із Додатками 8-ОС, 9-ОС, 10-ОС, 11-ОС, 12-ОС та 13-ОС страховий платіж кожного страхового періоду автоматично змінюється (збільшується, зменшується або є сталим) на фіксований відсоток від страхового платежу попереднього страхового періоду (окрім випадку одноразової сплати премії) та зазначається в Договорі страхування. Страховий внесок першого року страхування вказується в Основних умовах Заяви. При обранні вказаних Додатків Страхувальник не може в подальшому відмовитися від автоматичної зміни платежу. Страхові суми розраховуються із урахуванням автоматично змінюваних внесків, фіксований відсоток зміни платежу зазначається в Основних умовах Заяви.

Страхувальник_____ **Застрахована особа** _____

- Зазначена у Договорі страхування величина гарантованого інвестиційного доходу не повинна перевищувати встановленого законодавством України рівня. Конкретний розмір (величина) гарантованого інвестиційного доходу нараховано на суму страхових резервів за Договором страхування та зазначається у Договорі страхування.
- Страхові суми за основним страхуванням та викупні суми збільшуються на суми додаткового бонусу, які визначаються Страховиком щорічно протягом дії Договору страхування за результатами отриманого інвестиційного доходу від розміщення коштів резервів згідно з чинним законодавством України, та повідомляються Страхувальнику в письмовій формі (у т.ч. в електронній формі на електронну адресу чи за допомогою телефонного зв'язку або додатків (програм)) і не можуть бути у подальшому зменшені в односторонньому порядку.
- **Мені відомо, що** сплата страхових платежів може здійснюватися одноразово або щорічно, або щорічно протягом строку, що є меншим ніж строк страхування. Сплата щорічних страхових платежів може здійснюватися в розстрочку – піврічними, квартальними або місячними платежами протягом строку страхування на розрахунковий рахунок Страховика. Конкретні умови сплати страхового внеску та розмір страхового внеску до сплати з урахуванням розстрочки зазначені в цій Заяві.
- **Мені відомо, що** страховий захист за додатковим страхуванням для страхових випадків, що сталися внаслідок хвороби згідно з Додатком(ами) 1-ДС, 2-ДС, 3-ДС, 6-ДС, 8-ДС, 9-ДС, 10-ДС, 13-ДС до Правил припиняється з 00:00 годин наступного дня з дати виповнення Застрахованій особі 60-річного віку, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.
- **Мені відомо, що** Страхувальник згідно із Додатком 2-ДС є Застрахованою особою за вказаним Додатком.
- **Мені відомо, що** згідно із Додатком 8-ОС під «періодом виплат» маються на увазі строки (повна кількість страхових років), після закінчення яких відбуваються страхові виплати за ризиком дожиття. Крім цього Договором страхування обов'язково передбачається виплата за страховим випадком «Дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії Договору страхування».
- Виплати за Договором страхування здійснюються Страховиком шляхом безготівкових перерахунків за рахунок одержувача такої виплати за вирахуванням податків та/або зборів, передбачених чинним законодавством України. У разі прострочення виплати Страховик додатково до загальної суми виплати сплачує пеню в розмірі 0,02% від суми боргу за кожен день прострочення, але не більш ніж 1,0% взагалі.
- **Мені відомо, що** у випадку зазначення одного Вигодонабувача за окремим ризиком та, якщо при цьому не вказана його частка у страховій виплаті, вона приймається за 100%. У випадку зазначення двох або більше Вигодонабувачів за окремим ризиком та, якщо при цьому розмір часток у страховій виплаті для них не зазначено, вона поділяється між цими особами у рівних частинах. У випадку зазначення двох або більше Вигодонабувачів за окремим ризиком та, якщо при цьому загальна сума часток у страховій виплаті є менша (або більша) ніж 100%, різниця розподіляється (утримується) між Вигодонабувачами пропорційно розмірам їх часток у страховій виплаті. Якщо Розділ Заяви «Вигодонабувачі» не буде заповнено - Вигодонабувачем на випадок смерті вважаються спадкоємці Страхувальника, які визначаються згідно чинного законодавства України, Вигодонабувачем за страховими випадками іншими, ніж смерть, вважається Страхувальник.
- **Мені відомо та я згоден(на)** з тим, що права та обов'язки сторін, порядок зміни та припинення дії Договору страхування, умови здійснення страхової виплати, відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов Договору страхування, не зазначені в цій Заяві, визначені в Правилах. Причини відмови у страховій виплаті, виключення зі страхових випадків передбачені розділом 4§ 1 Правил.
- **Мені відомо,** що про смерть Застрахованої особи слід повідомити Страховику протягом семи календарних днів.
- Заява складається у двох примірниках. Копія Заяви надсилається Страхувальнику з відміткою Страховика про прийняття запропонованих умов страхування. При чому перший примірник Заяви підписується Страхувальником, Застрахованою особою та Посередником власноруч. Договір страхування укладається шляхом надіслання Страхувальнику Полісу, підписаного Страховиком, який не містить розбіжностей з поданою заявою. **Страхувальник погоджується** з правом Страховика змінити розмір страхової суми, тарифу, страхового внеску не більше ніж на 10 (десять) відсотків. В цьому випадку Договір страхування укладається відповідно до вищезазначеної процедури. Якщо Страховиком буде прийнято рішення про зміну запропонованих Страхувальником умов страхування, Сторони укладають Договір страхування в двох примірниках (по одному для кожної зі Сторін). Страхувальник зобов'язаний підписати даний Договір страхування протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів з дати його отримання та в цей же строк повернути один примірник Страховику.
- **Я цим підтверджую,** що мені надана інформація, зазначена в частині другій статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг».
- Мені відомо і я даю згоду на те, що Страхувальник має право вносити зміни в умови Договору страхування на першому році страхування лише протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дати укладання ним Полісу (Договору) страхування. По закінченні цього строку вважається, що Страхувальник повністю прийняв умови наданого йому Полісу.
- **Я надаю Страховикові свій дозвіл** на передачу у необхідному обсязі моїх персональних даних, що витікають з укладення Договору страхування та/або для прийняття рішення щодо страхової виплати за Договором страхування (ідентифікаційні, паспортні, біометричні дані, стан здоров'я, особисті відомості, інформація про внески, страхові випадки (заяви), зміни в Договорі страхування та ризики тощо), без обмеження терміну їх зберігання і обробки, Перестраховикові для оцінки ризику та здійснення перестрахування, а також для оцінки ризику і пред'явлення претензій іншому страховику і взагалі об'єднанням страховиків для передачі цих даних іншим страховикам та/або в інших випадках відповідно до чинного законодавства України, без повідомлення мене про це.
- **Я надаю Страховикові свій дозвіл** для цілей здійснення зв'язку із Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) для організації поштових розсилок, розсилок SMS-повідомлень і розсилок електронною поштою на адресу Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) в межах і цілях надання інформації про виконання Договору, для передачі інформаційних і рекламних повідомлень про послуги Страховика, а також послуги інших суб'єктів господарювання, в інших цілях, які не суперечать законодавству України, в тому числі в маркетингових цілях Компаній VIG.
- **Страхувальник (Застрахована особа) підтверджує** своє ознайомлення про свої права, пов'язані зі зберіганням і обробкою персональних даних, визначених чинним законодавством, цілі обробки даних і осіб, яким передаються його персональні дані.
- Разом із Заявою (опитувальником) **я надаю** належним чином завірені копії документів фізичних осіб, наведених в Заяві (опитувальнику).
- **Мені відомо і я даю згоду** на те, що у випадку, коли у Заяві не було зазначено дату її складання, Договір страхування набирає чинності не раніше дня надходження Заяви на адресу Страховика та внесення першого страхового внеску з урахуванням п. 4.5 та п. 6.10 Правил страхування.
- Незважаючи на будь-які інші умови цього Договору (Пере)Страховик не надає страхове покриття, і не здійснює платежі будь-якого характеру та не надає послуги або виплати будь-якого характеру будь-якому Страхувальнику/Вигодонабувачу/Застрахованій особі/третій особі за цим Договором в тій мірі, в якій надання такого покриття, проведення страхової виплати або здійснення страхового відшкодування піддаватиме (Пере)Страховика будь-яким санкціям, заборонам або обмеженням згідно з резолюціями Організації Об'єднаних Націй або торгово-економічними санкціями, законами чи правилами Європейського Союзу, України або Сполучених Штатів Америки (за умови, що це не порушуватиме будь-які норми чи конкретні закони України, що застосовуються до (Пере)Страховика).

Страховик
ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «КНЯЖА ЛАЙФ ВІЄННА ІНШУРАНС ГРУП»
04050, м. Київ, вул. Глибочицька, 44. Тел./факс: +38 (044) 585-55-08, 585-55-07.
e-mail: info@kniazha-life.com.ua www.kniazha-life.com.ua
Банківські реквізити: п/р UA783052990000026506026800253 у ПАТ КБ «ПРИВАТБАНК» МФО 305299, код ЄДРПОУ 30434963
Ліцензія Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України АВ № 499990 від 04.06.2010 року (переоформлено 27.09.2016 р.).

Страхувальник_____**Застрахована особа**_____