

ЗАЯВА ПРО СТРАХУВАННЯ

Ця скорочена форма заяви про страхування є підтвердженням моєї волевиявлення на укладання договору (-ів) страхування, на умовах, викладених у повній версії відповідної Заяви про страхування (заяв(-и) про укладання договорів страхування життя за тими ж номерами). Підтверджую, що повну версію Заяви про страхування заповнено мною/у моєї присутності, та надаю згоду на її існування виключно у електронній формі, що зберігатиметься Страховиком. Цим підтверджую достовірність викладених у повній версії Заяви про страхування даних, декларацій, заяв та погоджень. Підписання цієї скороченої форми Заяви про страхування свідчить про погодження та підписання повної версії Заяви про страхування.

1. СТРАХУВАЛЬНИК

Страховальник – фізична особа. Паспорт: серія.....№..... Ідентифікаційний номер:
Прізвище: Ім'я:..... По батькові Дата народження:
Адреса для кореспонденції

Страховальник – юридична особа. Код ЄДРПОУ..... Назва юридичної особи.....
Розрахунковий рахунок:..... у банку
Уповноважена особа: Прізвище Ім'я..... По батькові..... Посада..... Роб.тел.....
Моб.тел..... E-mail.....
Юридична адреса..... Поштовий індекс.....

2. ЗАЯВЛЕНА ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА

Відношення до Страховальника: та сама особа подружжя дитина батько/мати працівник позичальник родич _____ інше _____ (вказати)

Якщо Страховальник і заявлена Застрахована Особа є однією і тією ж особою, далі розділ 2. заповнювати не потрібно.

Паспорт: серія.....№..... Ідентифікаційний номер:
Прізвище: Ім'я:..... По батькові Дата народження:

Адреса для кореспонденції

Якщо збігається із адресою Страховальника – заповнювати не потрібно

3. СТРАХОВА ПРЕМІЯ/ПРЕМІЇ

3.1. Заява № _____ про укладання договору страхування життя _____ грн.

3.2. Заява № _____ про укладання договору страхування життя _____ грн.

ПЕРИОДИЧНІСТЬ СПЛАТИ СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ

річна піврічна квартална одноразова

4. СТРАХОВА СУМА/СУМИ

5. ФОРМИ ДОКУМЕНТАЦІЇ

Правила страхування, форми скороченої і повної заяви на страхування, ознайомча, довідкова інформація щодо страхування розміщена на сайті Страховика за посиланням

<http://www.metlife.ua/uk/home/assets/pdf/insurance-rules.pdf>

Передумови страхування

Застрахована Особа/Страховальник надає Страховикові право звертатись та отримувати будь-яку інформацію про заявлену Застраховану Особу та про стан здоров'я заявленої Застрахованої Особи, необхідну для оцінки страхового ризику та визначення обставин або наслідків події, що може бути визнана Страховим Випадком, включаючи (але не обмежуючись) інформацію щодо перенесених захворювань, перебування в лікарні/медичному закладі/установі, щодо лікувальних або діагностичних процедур. Цим також уповноважую 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 Страховикові. Копія такого уповноваження має таку саму чинність, як оригінал.

Застрахована Особа/Страховальник заявляє, що не має претензій до Консультанта, який надав мені повну та компетентну інформацію щодо чинних Правил і Програм страхування життя Страховика відповідно до моїх власних потреб та продуктів страхування життя, які пропонуються в даний час на ринку, порядку сплати податків і зборів, правових наслідків та порядку здійснення розрахунків у разі дострокового припинення дії Договору Страхування, захисту персональних даних і повідомив мене про внесення моїх персональних даних до Баз даних клієнтів Страховика, а також щодо механізму захисту Страховиком прав споживачів та порядку урегулювання спірних питань, що виникають між Сторонами у процесі надання фінансової послуги.

Застрахована Особа/Страховальник підтверджує, про повідомлення про внесення персональних даних до Баз персональних даних клієнтів ПрАТ «МетЛайф» та про мої пов'язані з цим права, передбачені чинним законодавством. Шляхом підписання цієї Заяви про Страхування, надаю свій дозвіл на обробку своїх персональних даних в порядку, в обсязі та з метою, визначеними законодавством та ПрАТ «МетЛайф». Також підтверджується ознайомлення з інформацією про порядок, обсяг і мету обробки персональних даних, що розміщена на інтернет-сторінці компанії: "<http://www.metlife.ua>" www.metlife.ua у розділі «Підтримка клієнтів» – «Повідомлення про захист персональних даних» та «Повідомлення про передачу персональних даних» або за посиланням <http://www.metlife.ua/uk/Individual/Support-Centre/Index.html>. Також мій дозвіл на обробку персональних даних я можу надавати, вчиняючи в подальшому будь-які дії, що засвідчують мою згоду до вступу в правовідносини з ПрАТ «МетЛайф», в тому числі (але не обмежуючись) шляхом сплати страхових премій, отримання страхового відшкодування, написання листів, заяв, звернень до ПрАТ «МетЛайф». Надається згода на те, що в процесі опрацювання моїх персональних даних, отриманих під час укладання та виконання Договору Страхування, Страховик може надсилати всі ці дані до груп компаній, до складу яких входить Страховик, або що є компаніями-партнерами Страховика. У такому випадку персональні дані можуть передаватись Страховиком безпосередньо чи опосередковано через надавання послуг групам компаній, до яких входить Страховик, страховим посередникам та перестраховикам, включаючи транскордонну передачу. При цьому, за таких умов, викладених у цьому документі, згоди на кожну таку транскордонну передачу даних Застрахована Особа/Страховальник не вимагає. Застрахована Особа/Страховальник повідомлений про те, що База даних знаходиться за місцезнаходженням ПрАТ «МетЛайф»: 01032, м. Київ, вул. Симона Петлюри, 14 та ознайомлений із правами відповідно до законодавства, а також з інформацією, складом персональних даних, що вносяться до Баз даних, переліком третіх осіб, яким передаються та/чи можуть передаватись персональні дані, та про розміщення зазначеної інформації на вказаній вище інтернет-сторінці Страховика.

Застрахована Особа/Страховальник ознайомився, розуміє та погоджується з умовами Правил страхування Страховика, які є невід'ємною частиною Договору Страхування. Електронну повну версію заяви з моїх слів заповнено вірно, її зміст у повному обсязі, правильність даних підтверджую та несу відповідальність за їх коректність і правдивість. Роздруковану повну версію заяви, підписаної Консультантом отримав.

Я ознайомлений із обов'язком ознайомитися із умовами поліса страхування після його отримання, перевірити коректність даних та відповідність поліса моїй заяві про страхування. Мені відомо, що у строк 40 днів з дати випуску поліса, звернувшись до Страховика, я маю право відмовитись від договору страхування, або змінити його положення.

До заяви додаю електронні фотокопії документів, вказаних нижче:

Всі заповнені сторінки паспорта

Ідентифікаційний код

інше _____

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

..... /
особистий підпис / прізвище та ініціали – друкованими літерами
Страховальник (у випадку юридичної особи – уповноважена особа)
М.П.

..... /
особистий підпис прізвище, ім'я, по батькові б повністю

Батьки (Опікуни, Піклувальники) заявленої Застрахованої дитини

Ідентифікація всіх осіб та справність їх підписів, які поставлені в мої присутності, засвідчую..... /

..... /
особистий підпис прізвище та ініціали Консультанта – друкованими літерами

Консультант

моб. тел. Консультанта.....

e-mail Консультанта.....