

Заявление на страхование жизни заемщика

Страхование жизни с накоплением средств, сумма, направляемая на накопление: _____ Без накопления средств

Страхователь/Застрахованное лицо _____ Резидент Нерезидент

Персональный код: _____ Имя, Фамилия Мужчина Женщина

Фактическое место жительства: _____ LV- _____

Телефон: _____ Эл. почта: _____ Хочу получать корреспонденцию по эл. почте

Заполняет _____ Удостоверяющий _____
нерезидент: _____ (дата рождения) личность документ: _____ (номер, дата выдачи, страна и учреждение, выдавшее документ)

Я являюсь действительным собственником производимых мною на счет AAS «CBL Life» взносов и все мои сделки, связанные с получением услуг AAS «CBL Life», производятся в моих интересах или интересах членов моей семьи: Да Нет
Если ответ «Нет», Страхователь должен заполнить Сообщение об истинных выгодоприобретателях.

Источники моих доходов:
 наемная работа _____ (место работы) _____ (занимаемая должность) _____ (нетто доходы, EUR/в месяц)
 зарегистрированная самозанятость доход с личного имущества доход со сделок с недвижимостью

дивиденды и проценты другое указать: _____

Средний уровень моих доходов в год, нетто (EUR): ≤ 35 000 35 000 – 70 000 70 000 – 350 000 >350 000

Срок действия договора с: _____ по: _____ Валюта договора: EUR USD

Планируемая периодичность уплаты страховых премий месяц квартал полугодие год единоразовая премия

Информация о кредите
Название кредитного учреждения _____ № кредитного договора _____ Дата заключения _____

Выгодоприобретатель оставшейся после выполнения кредитных обязательств суммы в случае смерти Застрахованного / Созастрahованного лица:

Имя, Фамилия _____ Персональный код _____ Конт. телефон _____
Выгодоприобретателем в случае смерти Застрахованного или Созастрahованного лица является кредитное учреждение в размере вытекающих из договора невыполненных кредитных обязательств, который фиксируется на день смерти Застрахованного или Созастрahованного лица, но не превышает Страховую сумму. Выгодоприобретателем оставшейся после выполнения этих обязательств суммы является законный наследник, если в договоре не указан другой Выгодоприобретатель. Цель заключения Страхового договора – обеспечение займа.

Созастрahованное лицо _____ Имя, Фамилия _____ Фактическое место жительства: _____
_____ Мужчина Женщина _____
Персональный код _____ Место работы, должность: _____

Телефон: _____ Эл. почта: _____

Заполняет _____ Удостоверяющий _____
нерезидент: _____ (дата рождения) личность документ: _____ (номер, дата выдачи, страна и учреждение, выдавшее документ)

Страхование рисков (просьба заполнить анкету «Вопросы общего и медицинского характера о застрахованном лице») **Сумма для Застрахованного лица** **Сумма для Созастрahованного лица**
Страхование жизни _____

Постоянная инвалидность _____

Переломы костей и травмы _____

Смерть в результате несчастного случая _____

Информация о Страховщике
Страховщик – AAS “CBL Life”, рег. №40003786859, юридический адрес: площадь, Републикас, 2А, Рига, страна регистрации – Латвия.

Информация о привлеченном страховом агенте
AS “Citadele banka” (рег. №40103303559, юридический адрес: площадь, Републикас, 2А, Рига, телефон: +37167010000, эл. почта: info@citadele.lv) является привлеченным Страховщиком страховым агентом. AS “Citadele banka” зарегистрировано в регистре привлеченных страховых агентов, который доступен по месту нахождения и на домашней странице Страховщика www.cbl.lv. AS “Citadele banka” имеет косвенное участие в AAS “CBL Life”, включающее в себя 100% от общего количества акций с правом голоса AAS “CBL Life”. Жалобы относительно деятельности AS “Citadele banka”, выполняющая обязанности привлеченного страхового агента, можно подать в любом филиале или центре обслуживания клиентов AS “Citadele banka”. Жалоба рассматривается в течение месяца со дня ее подачи.

Информация о страховом договоре и порядке внесудебного рассмотрения споров
Настоящее заявление является неотъемлемой частью договора страхования. Все правовые отношения, вытекающие из договора страхования, регулируются нормативными актами Латвийской Республики. Вытекающие из договора страхования жалобы подаются Страховщику в письменном виде. Жалоба рассматривается в течение месяца со дня ее подачи. Страхователь – физическое лицо – имеет право подать претензию омбуду Латвийской ассоциации страховщиков (адрес: ул. Биекенсалас, 6, каб. 310, Рига), согласно его регламенту.

Если по причине злого умысла или грубой невнимательности Страхователя или Застрахованного лица Страховщик был введен в заблуждение относительно обстоятельств, которые Страховщику необходимо знать для оценки вероятности наступления страхового риска, Договор считается недействительным с момента его заключения.

Подтверждения Страхователя
С условиями договора страхования ознакомился, понимаю их и согласен с ними. Подтверждаю, что указанные в Заявлении данные предоставлены мною добровольно. Разрешаю Страховщику обрабатывать мои персональные данные, в том числе и чувствительные личные данные (заведующий системой обработки персональных данных – AAS “CBL Life”, оператор – AS “Citadele banka”), а также передавать мои персональные данные для обработки и хранения перестраховщикам, требовать их от третьих лиц и созданных в установленном законом порядке баз данных, с целью обеспечить выполнение страхового договора. Не возражаю против того, чтобы медицинские учреждения и медицинские лица передавали Страховщику информацию о состоянии моего здоровья. Согласен пройти медицинское обследование по требованию Страховщика.



Подтверждаю, что вся представленная мною информация является полной и достоверной. Обязуюсь незамедлительно письменно информировать Страховщика о любых изменениях упомянутой информации
Страхователь:

CBL Life

Имя, Фамилия _____ Подпись _____ Дата _____
Представитель страховщика:

Имя, Фамилия _____ Подпись _____ Дата _____