

ЗАЯВЛЕНИЕ №

за сключване на застрахователен договор “Живот”

| | |
|--|-------------------------|
| Вид застраховка: | Живот |
| Брокер: | Болерон Консултинг ЕООД |
| Имена на кандидат за застраховане: (кандидатът за застраховане е застраховащ) | |
| ЕГН: | |
| Лична карта №: | |
| Дата на раждане: | |
| Място на раждане: (държава и населено място) | |
| Националност: | |
| Гражданство: | |
| Мобилен телефон: | |
| Имейл: | |
| Постоянен адрес: (населено място, квартал, улица, номер, етаж, апартамент и пощенски код) | |
| Име на работодател: | |
| Адрес на работодател: | |
| Описание на служебните задължения и месторабота: | |
| Вие или член на Вашето семейство, лице ли сте по член 36 от ЗМИП (Видна политическа личност)? | |
| Данъчно задължено лице ли сте в друга юрисдикция, различна от Република България? | |

| | |
|--|--------------------|
| Срочна застраховка живот с продължителност: | |
| Застрахователна сума: | |
| Нетна годишна премия: | |
| Административна такса: | |
| Брутна годишна премия: | |
| Начин на плащане: | |
| Разсрочена премия /Депозит при подаване на заявлението: | |
| Бенефициери по полицата: | Законни наследници |

С настоящото се съгласявам, че застрахователен договор (“ЗД”) по това заявление няма да бъде сключен и не е окончателен, и че Застрахователят не носи никакъв риск преди да ми бъде предадена Застрахователната полица, която ще бъде издадена въз основа на това заявление (“Полицата”) и преди да се внесе първата премийна вноски. Предпоставка за влизане в сила на ЗД е липсата на промяна в здравословното ми състояние до връчването на Полицата и изплащането на първата премийна вноски/депозит.

Декларирам и съм съгласен, че:

1. Всичките ми изявления и отговори, съдържащи се в това заявление и тези, които са извършени или ще бъдат извършени от мен пред преглеждащия лекар или пред застрахователя, са пълни, без пропуски и верни и обвързват всички лица, които са страна или имат права по ЗД.
2. Правото на теглене, откупуване, прехвърляне или други права по ЗД не може да бъде упражнено от непълнолетно лице.
3. Данни за моето здравословно състояние (“ЗС”), отразено в предишни застрахователни полици, независимо дали са още в сила или не, са валидни и обвързват мен, като Застрахователят може да се позовава на тях, но не обвързват Застрахователя и не могат да бъдат основание за каквито и да било права или претенции срещу Застрахователя
4. С настоящото потвърждавам, че съм запознат и приемам Общите условия към полицата.
5. Приемането от моя страна на Полицата, ще представлява потвърждение на която и да е корекция или добавка към това заявление, направени междувременно. Застраховател по Полицата (страна по договора) ще бъде лицето, от чието име е подадено заявлението.

Упълномощавам изрично на осн. Закона за защита на личните данни (ЗЗЛД), който и да е лекар, болнично заведение или друга организация, или лице, което има доказателства, или знае нещо за мен, или за моето ЗС, да даде на Застрахователя, цялата такава информация, доколкото това е свързано с отношенията по този ЗД. Зная и приемам, че Застрахователят ще обработва ЛД, свързани с мен или със здравето ми, които съм предал на Застрахователя, или които той е получил или ще получи по друг законен начин от трети лица и на основание ЗЗЛД, вкл. може да ги предава на трети лица, вкл. дружества от групата на MetLife Inc., опериращи в страни, които са или не са част от ЕС, само с оглед целите на сключването и изпълнението на този ЗД или други застрахователни договори или услуги предоставени от Застрахователя, касаещи мен и давам изричното си съгласие за това. По всяко време мога да поискам достъп до своите ЛД, както и да извършвам поправки на свои ЛД след подаване на заявление и спазване на правилата на посочения адрес на Застрахователя. Информиран съм, че отказът за предоставяне на съгласие за обработка и предаване на ЛД или за получаване на ЛД от трети лица, както е посочено по-горе могат да доведат до отказ за сключване на ЗД или неговото изменение, или прекратяване от страна на Застрахователя.

Горните изявления и съгласия във връзка с ЛД се правят/дават от Застрахователя и всички застраховани лица ("ЗЛ"), което се потвърждава с подписите им по-долу. Когато ЗЛ са малолетни или непълнолетни (съответно недееспособни), горните изявления и съгласия се правят/дават от името на или заедно с тези ЗЛ от техния законен представител или попечител. Настоящото заявление, е подадено от мен и аз нося отговорност за отговорите и декларациите, съдържащи се в него. В случай на представена от моя страна невярна и/или неточна информация, Застрахователят се освобождава от отговорност, съгласно действащото Българско законодателство.

За целите на Автоматичния обмен на финансова информация в областта на данъчното облагане и FATCA с подписване на настоящото заявление за застраховка заявителят удостоверява, че той и посочените бенефициери са български граждани.

Съгласие за електронна кореспонденция:

С настоящето декларирам съгласието си цялата размяна на кореспонденция във връзка с и по повод на застрахователния договор между мен и Застрахователя, в това число изпращането на съобщения, документи, уведомления, искания и други от и до Застрахователя (включително уведомления за просрочени премии, за промени или прекратяване на Застрахователния договор при невярна информация и др.) и връчването на документи (включително Застрахователната полица, Спецификацията и Общите условия към полицата); приемането на условията по Полицата и на тяхното изменение, както и всяка друга информация и документи, да бъде извършвана по електронен път на посочения по-горе адрес на електронна поща (e-mail). Съобщенията, изпратени на този адрес ще се считат за връчени, без да е необходимо потвърждението ми. Посоченият адрес на електронна поща е валиден и по недвусмислен начин ме идентифицира като титуляр и автор на всяко и всички изявления, съобщения, искания и други, изпратени от този адрес, при условията, посочени в Общите условия към полицата.

Автоматичен обмен на финансова информация в областта на данъчното облагане

За целите на Автоматичния обмен на финансова информация в областта на данъчното облагане и FATCA, декларирам съгласието си, представената от мен информация и ЛД да бъдат предоставени на НАП (Национална Агенция за приходите), съгласно действащото законодателство.

Заявителят се съгласява да уведоми Застрахователя, ако Заявителят или някой от посочените бенефициери стане данъчно задължено лице в друга страна или ако прехвърли собствеността на полицата на данъчно задължено лице в друга страна в срок от 30 дни след получаване на информацията за такава промяна. Моля имайте предвид, че фалшиво деклариране или невярно представяне на данъчния статут може да подлежи на наказание според съответните закони.

Забележка: В случай че не представите информация за всички съществени факти, които са Ви известни, Застрахователят няма да носи отговорност, по която и да е издадена полица. Съществен е такъв факт, който може да повлияе на решението на Компанията да приеме това Заявление. Ако не сте сигурни дали един факт е съществен, трябва да ни уведомите за него.

Ако Кандидатът за застраховане не предостави необходимата информация за сключване на застраховката, съгласно изискванията на Застрахователя, то последният ще анулира настоящото заявление след изтичане на 90 дни от датата на попълването му и ще върне обратно направения депозит.

Дата и електронен подпис:

/на лицето, което желае да бъде застраховано/