



### Декларация Кандидата на страхование

1. Я заявляю, даю согласие и обязуюсь настоящим, что:
  - (1). все ответы верны, полны и даны по моей доброй воле.
  - (2). все ответы, приведенные в данной Декларации о состоянии здоровья и вся прочая информация, сообщенная Страхователю, а также условия, принятые у Страхователя по этому вопросу, будут являться основополагающими условиями договора страхования между мной и Страхователем и будут являться его неотъемлемой частью.
  - (3). Страхователь имеет право решить, принять ему Предложение о страховании или отвергнуть его, не неся при этом обязанности объяснять свое решение. Мне известно, что договор страхования вступает в силу только после того, как Страхователь предоставит письменное подтверждение того, что он берется страховать застрахованного, и после того как первый страховой взнос будет выплачен полностью.
2. Ответы и/или информация, переданные мною Страхователю, будут храниться в информационной базе данных в соответствии с Законом об охране частной жизни от 1981 года и будут использоваться только для целей страхования.
3. Мне известно, что: Согласно этому полису компания освобождена от обязанности предоставлять услуги применительно к пороку, врожденному заболеванию, включая наследственные заболевания, и/или состоянию здоровья, и/или медицинским явлению и/или болезни, как с проведенным курсом лечения, так и без него, и/или их последствий, как прямых, так и косвенных, которые были вызваны и/или ухудшились вследствие такого состояния здоровья, который имел место до момента начала страхования, и при соблюдении условий страхования, указанных в программе, выбранной на бланке Предложения о страховании.
4. Я заявляю настоящим, что никакая страховая компания не отвергала мое Предложение о страховании здоровья.

### Заполняется только для страхового полиса типа Safe Stay \ Safe Stay +

**Декларация владельца страхового полиса:** Насколько мне известно, все, заявленное Кандидатом на страхование, соответствует истине, и ему неизвестен никакой порок, врожденное заболевание, включая наследственные заболевания, и/или состояние здоровья, и/или медицинское явление и/или болезнь, как с проведенным курсом лечения, так и без него, и/или их последствия, как прямые, так и косвенные, которые были вызваны и/или ухудшились вследствие такого состояния здоровья, которое имело место до момента начала страхования, и/или любая другая информация, которая могла бы быть доведена до сведения Страхователя, если бы Страхователь не был связан настоящим полисом и застраховал бы застрахованного.

\_\_\_\_\_

Фамилия

\_\_\_\_\_

Дата

\_\_\_\_\_

Подпись и печать работодателя

**\* Кандидат на страхование подписал настоящий бланк Предложения после того, как содержание бланка было разъяснено ему на понятном ему языке.**

\_\_\_\_\_

Дата

\_\_\_\_\_

Подпись Кандидата на страхование

\_\_\_\_\_

Фамилия свидетеля подписания

\_\_\_\_\_

Подпись свидетеля