



Дирекція та консультант №	П.І.Б. консультанта		Одиниці загалом	
	Моб. тел. консультанта			
 			Печатка прийняття	
			Квитанція №	
			Заява №	
<b>ЗАЯВА на страхування життя з участю у резервах бонусів</b> (складова частина договору страхування життя)				Поліс №
<b>СТРАХУВАЛЬНИК</b>	<input type="checkbox"/> пан <input type="checkbox"/> пані	Дата народження	Сімейний стан	Ідентифікаційний код
Прізвище	Ім'я		По батькові	Паспорт (серія, №)
Поштовий індекс	Місто		Область	Район
Вулиця, будинок, квартира (фактичне місце проживання)				Професія / посада
Телефон:	e-mail:			Громадянство

Чи підлягаєте Ви оподаткуванню в Сполучених Штатах Америки?  Так  Ні (Страховальник зобов'язується негайно повідомити Страховика про будь-які зміни, що можуть відбутися у зв'язку з цією інформацією).

Ідентифікаційні дані страховальника згідно законодавства з фінансового моніторингу

1. Фінансовий стан (передбачуваний місячний дохід):  до 5 000,00 грн.  5 000,00 – 10 000,00 грн.  10 000,00 – 30 000,00 грн.  Більше 30 000,00 грн.

2. Мета та характер майбутніх ділових відносин:  Постійні відносини  Одноразова операція

3. Я є національним\* або іноземним\*\* публічним діячем; діячем, що виконує політичні функції в міжнародних організаціях\*\*\*, або пов'язаною з ними особою\*\*\*\*. Якщо «так», вказати дані про діяча (П.І.Б., громадянство, публічні функції), джерело походження коштів або зазначити відповідний публічний інформаційний ресурс, та ознаку пов'язаності з такими особами:  Ні  Так \_\_\_\_\_



4. Чи має страховальник статус «Е-резидента»  Ні  Так  
 5. Чи володіє страховальник напрямку чи опосередковано часткою в іноземній юридичній компанії: Ні Так  
 6. Чи має страховальник статус податкового резидента іншої юрисдикції, крім України та США\*\*\*\*: Ні Так

**!!! Якщо «ТАК» авантажте форму за допомогою QR-коду та заповніть її.**

\*національні публічні діячі - фізичні особи, які виконують або виконували протягом останніх трьох років визначені публічні функції в Україні, а саме: Президент України, Прем'єр-міністр України, члени Кабінету Міністрів України; перші заступники та заступники міністрів, керівники інших центральних органів виконавчої влади, їх перші заступники і заступники; народні депутати України; Голова та члени Правління НБУ; члени Ради НБУ; голови та судді Конституційного Суду України, Верховного Суду України та вищих спеціалізованих судів; члени Вищої правосуддя, члени Вищої кваліфікаційної комісії суддів України, члени Кваліфікаційно-дисциплінарної комісії прокурорів; Генеральний прокурор та його заступники; Голова СБУ та його заступники; Директор Національного антикорупційного бюро України та його заступники; Голова Антимонопольного комітету України та члени Рахункової палати; члени Національної ради з питань телебачення і радіомовлення України; надзвичайні і повноважні послі; Начальник Генерального штабу - Головнокомандувач Збройних Сил України, начальники Сухопутних військ України, Повітряних Сил України, Військово-Морських Сил України; державні службовці, посади яких належать до категорії "А"; керівники обласних територіальних органів центральних органів виконавчої влади, керівники органів прокуратури, керівники обласних територіальних органів СБУ; голови та судді апеляційних судів; керівники адміністративних, управлінських чи наглядових органів державних та казенних підприємств, господарських товариств, державна частина у статутному капіталі яких перевищує 50 відсотків; керівники керівних органів політичних партій та члени їх центральних статутних органів;

\*\*іноземні публічні діячі - фізичні особи, які виконують або виконували протягом останніх трьох років визначені публічні функції в іноземних державах, а саме: глава держави, керівник уряду, міністри та їх заступники; депутати парламенту; голови та члени правлінь центральних банків; члени верховного суду, конституційного суду або інших судових органів, рішення яких не підлягають оскарженню, крім оскарження за виняткових обставин; надзвичайні і повноважні послы, повірені у справах та керівники центральних органів військового управління; керівники адміністративних, управлінських чи наглядових органів державних підприємств, що мають стратегічне значення; керівники керівних органів політичних партій, представлених у парламенті;

\*\*\*діячі, що виконують політичні функції в міжнародних організаціях, - посадові особи міжнародних організацій, що обіймають або обіймали протягом останніх трьох років керівні посади в таких організаціях (директори, голови правлінь або їх заступники) або виконують будь-які інші керівні функції на найвищому рівні, в тому числі в міжнародних міждержавних організаціях, члени міжнародних парламентських асамблеї, судді та керівні посадові особи міжнародних судів;

\*\*\*\*пов'язаними особами є особи, з якими члени сім'ї національних, іноземних публічних діячів та діячів, що виконують політичні функції в міжнародних організаціях мають ділові або особисті зв'язки, а також юридичні особи, кінцевими бенефіціарними власниками (контроперами) яких є такі діячі чи їх члени сім'ї або особи, з якими такі діячі мають ділові або особисті зв'язки.

\*\*\*\*\*дані надаються для обміну інформацією в рамках багатосторонньої угоди CRS - багатосторонньої угоди компетентних органів про автоматичний обмін інформації про фінансові рахунки

<b>ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА</b>	<input type="checkbox"/> пан <input type="checkbox"/> пані	Дата народження	Сімейний стан	Ідентифікаційний код
Прізвище	Ім'я		По батькові	Паспорт (серія, №)
Поштовий індекс	Місто		Область	Район
Вулиця, будинок, квартира (фактичне місце проживання)				Професія / посада
Телефон:	e-mail:			

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

**УМОВИ ДОГОВОРУ**

Програма: <input type="checkbox"/> ГРАВЕ ПІДТРИМКА	Вік	Строк	Початок (день/міс./рік) 01 / /	Страхова сума	Страховий платіж
<b>Валюта страхування:</b> <input type="checkbox"/> UAH <input type="checkbox"/> USD з оплатою в USD <input type="checkbox"/> USD з оплатою в UAH		Діти застрахованої особи від 3 до 16 років є застрахованими за тарифом GDХ-1 на випадок діагностування важкої хвороби. Страхові виплати здійснюються максимум по 4 дітям на суму, що дорівнює 25% страхової суми.		Збільшення першого страхового платежу на 50 UAH або 10 USD	
Вигодонабувач/чі по випадку смерті (П.І.Б., дата народження, адреса):				= Сума першого платежу в USD	
Вигодонабувач/чі по випадку дожиття (П.І.Б., дата народження, адреса):				= Сума першого платежу в UAH	
Вигодонабувач по випадку діагностування певної важкої хвороби — Застрахована особа				Порядок сплати страхового платежу: щорічно	

**ЗАПИТАННЯ до застрахованої особи (Будь ласка, поставте відмітки та дайте детальне пояснення, якщо відповідь «ТАК»)**

	ні	так	
1. Чи маєте, мали Ви інші договори страхування життя, від нещасних випадків, медичного страхування або на випадок важких захворювань? Чи отримували Ви відмови з приводу укладання подібних договорів страхування?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Вид страхування _____ Компанія _____ Сума виплати по смерті _____ Сума по інвалідності _____ Рік _____
2. Чи пов'язана Ваша професія з підвищеним ризиком (наприклад: опромінювання, отрути, вибухові речовини, праця на платформі – газ, нафта, танкер і т.д.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Яким? _____
3. Чи маєте Ви фізичні вади? Чи присвоєна Вам інвалідність?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Які? _____ Внаслідок чого? _____ Ступінь інвалідності? _____
4. Чи займаєтесь Ви спортом: на землі, воді або повітрі?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Яким? _____ <input type="checkbox"/> У вільний час <input type="checkbox"/> Аматор <input type="checkbox"/> Професійний спортсмен <input type="checkbox"/> Участь в змаганнях

**Поліс № \_\_\_\_\_ ЗГОДА на факсимільне відтворення підпису Страховика (екземпляр Заявника, направляється разом із полісом)**  
 Цим Сторони погоджують факсимільне відтворення підпису уповноваженої особи Страховика на полісі та всіх додатках до нього, що надаються Заявнику, та які становлять невід'ємну частину Договору страхування. В тому числі, але не виключно, Заявник цим висловлює свою згоду на факсимільне відтворення підпису уповноваженої особи Страховика на полісі та всіх додатках до нього, що надаються Заявнику, та які становлять невід'ємну частину Договору страхування.

Підписи сторін, в тому числі зразок відповідного аналога власноручного підпису уповноваженої особи Страховика:

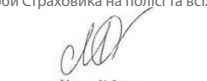
ПРАТ «ГРАВЕ УКРАЇНА Страхування життя» Директор по роботі з брокерами та банками \_\_\_\_\_/Максим ХОБОТОВ/  
 Директор по роботі з банками та брокерами  
 Страховальник: \_\_\_\_\_

5	Чи займаєтесь Ви іншими небезпечними видами спорту (управлінням вітрилом, літальними апаратами, паропланом, дельтапланом, аеростатом, зануренням на глибину понад 10 метрів, парашутним спортом, альпінізмом, скелелазінням та іншими)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Яким?						
6	Будь ласка, вкажіть Ваші параметри:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Зріст _____ см.	Вага _____ кг.	Об'єм талії _____ см.				
7	Чи є Ви зараз неприцездатним або постійно неприцездатним?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	З якої причини?						
8	Інші важливі дані відносно паління, вживання алкоголю, наркотиків і медикаментів:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
a	Ви палите? Ви кинули палити?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Кількість цигарок на день? _____	Коли кинули? _____					
б	Ви вживаєте алкоголю?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Що? _____	Як часто? _____	Скільки? _____				
в	Ви приймаєте інші наркотики?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Які? Коли востаннє? _____	Доза? _____	Причина? _____				
г	Ви приймали або приймаєте постійно ліки?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Які? Коли востаннє? _____	Доза? _____	Причина? _____				
д	Ви лікували залежності (від пігулок, алкоголю, наркотиків)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Які? _____	Коли? _____	Як довго? _____	Результат? Наслідки? _____	Лікар (ім'я, адреса) _____	Лікувальний заклад _____	
9	Чи маєте Ви зараз або чи мали Ви за останні 10 років захворювання або скарги:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
a	Серця або органів кровообігу (наприклад: вроджені або набуті вади серця, стенокардія, інфаркт або інші захворювання серця, високий кров'яний тиск, порушення серцевого ритму, варикоз або тромбоемболія, емболія або інші)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
б	Органів дихання (наприклад: бронхіальна астма, бронхіт, хронічний бронхіт, запалення легенів, захворювання горла та інші)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
в	Органів травлення (наприклад: гастрит, виразка шлунку або 12 палої кишки, кровотеча шлунково-кишкового тракту, запалення та інших хвороб кишок, доброякісні або злоякісні пухлини, захворювання печінки, гепатит, цироз та інші, захворювання сечового міхура, його каналів, захворювання жовчного мхура та підшлункової залози)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
г	Захворювання обміну речовин та ендокринної системи (наприклад: ожиріння, цукр, діабет, захворювання щитоподібної залози, підвищенні показники холестерину, тригліцериду, сечової кислоти, сечовини в крові та інші)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
д	Захворювання сечостатевої системи (наприклад: запалення нирок та їх каналів, каміння в нирках — у сечовому міхурі — в жовчному міхурі, видалення нирок, вроджені вади нирок і сечостатевої системи, порушення функцій нирок, запалення або пухлини простати, яєчок, яєчників, протоків, матки, піхви та інших органів сечостатевої системи)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
e	Захворювання крові та кровоносної системи (наприклад: лейкемія, тромбоемболія, геморагічний діатез, гемофілія та інші)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
є	Захворювання мозку та спинного мозку, нервової системи, психічні захворювання (наприклад: інсульт, запалення та дегенеративні захворювання, параліч, епілепсія та подібні, психози, депресія, шизофренія, спроби самогубства та подібні)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
ж	Опорно-рухової системи (наприклад: ревматичні захворювання, дегенеративні захворювання суглобів і хребта, операції на хребті, операції на меніску або подібні порушення рухливості)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
з	Зору, слуху та інших органів чуття?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
и	Захворювання імунної системи та лімфатичної системи (наприклад: СНІД, лімфома)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
і	Захворювання молочних залоз?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
ї	Злоякісні або неопластичні захворювання?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
й	Гострі та хронічні інфекційні захворювання (наприклад: туберкульоз, малярія, СНІД, інфекційні гепатити, сифіліс та інші)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
к	Порушення здоров'я внаслідок хвороб, отруєння, нещасних випадків, травм і подібного?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
л	Алергії, значна втрата ваги та порушення здоров'я, про які вище не згадувалось?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
10	Чи перебували Ви за останні 5 років у стані неприцездатності внаслідок погіршення здоров'я більше 4 тижнів?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
11	Чи мали Ви за останні 5 років або коли-небудь патологічні результати аналізів (наприклад: аналізів крові, сечі, ЕКГ, рентгену, значень кров'яного тиску або подібне)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Хто? _____	Яким? _____	Коли? _____	Як довго? _____	Результат? Наслідки? _____	Лікар (ім'я, адреса) _____	Лікувальний заклад _____
12	Чи проводились за останні 5 років обстеження, операції, стаціонарне або курортне лікування?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
13	Чи маєте або чи мали Ви спадкові або вроджені захворювання?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
14	Чи страждали Ваші біологічні батьки, брати або сестри до 65 років діабетом, захворюваннями серцево-судинної системи, захворюваннями нирок, розсіяним склерозом, інсульт, пухлини, психічними захворюваннями або спадковими захворюваннями?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
15	Чи проходили Ви перевірку на СНІД?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Коли? _____	Результат? _____					
16	Чи плануєте Ви найближчим часом перебувати за кордоном понад 3 місяців?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Країна? _____	Причина подорожі? _____	Термін? _____				
17	Ім'я, адреса сімейного (дільничного) лікаря або того лікаря, медичного закладу, на якому Ви знаходились або знаходитесь на обліку?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

**Я підтверджую отримання копії цієї заяви, ознайомлення з інформацією на звороті заяви та згоду із Заключними роз'ясненнями. Я ознайомлений та згодний з положеннями Правил добровільного страхування життя ПРАТ «ГРАВЕ УКРАЇНА Страхування життя» та умовами обраної мною програми. Мені також відомо, що у випадку дострокового припинення договору страхування виплачується зазначена у полісі викупна сума, а не сплачені страхові платежі.**

Місце, дата	Підпис консультанта (засвідчує дійсність підписів страховальника та застрахованої особи, а також здійснення їх верифікації та ідентифікації)	Підпис страховальника	Підпис застрахованої особи (якщо вона не є страховальником)
-------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------	-------------------------------------------------------------

**ЗГОДА на факсимільне відтворення підпису Страховика (екземпляр Страховика)**  
 Цим Сторони погоджують факсимільне відтворення підпису уповноваженої особи Страховика на полісі та всіх додатках до нього, що надаються Заявнику, та які становлять невід'ємну частину Договору страхування. В тому числі, але не виключно, Заявник цим висловлює свою згоду на факсимільне відтворення підпису уповноваженої особи Страховика на полісі та всіх додатках до нього, що надаються Заявнику, та які становлять невід'ємну частину Договору страхування. Підписи сторін, в тому числі зразок відповідного аналога власноручного підпису уповноваженої особи Страховика:

ПРАТ «ГРАВЕ УКРАЇНА Страхування життя» Директор по роботі з брокерами та банками \_\_\_\_\_/Максим ХОБОТОВ/  
 Директор по роботі з банками та брокерами  
 Страховальник: \_\_\_\_\_

### 03.2024

Зазначені у цій заяві умови страхування приймаються Страховиком з урахуванням всіх змін, погоджених сторонами на дату відправки поліса Страхувальнику та з урахуванням особливих умов, зазначених в полісі страхування

### ЗАПРОПОНОВАНІ СТРАХОВІ ПРОГРАМИ

«ГРАВЕ ПІДТРИМКА» — тарифи GDХ-1+UI30

**GDХ-1** Страхування життя на випадки смерті та дожиття або діагностування певних важких хвороб із участю у резервах бонусів з незмінною страховою премією, що сплачується протягом всього строку страхування або за коротший період.

**UI30** Додаткове страхування на випадок тривалої інвалідності внаслідок нещасного випадку.

### ВИКУПНА СУМА

Викупна сума (сума, що виплачується Страхувальнику при достроковому припиненні дії договору) не дорівнює сумі сплачених премій. Ця сума розраховується актуарно з урахуванням страхового покриття, що вже було надано, та витрат на страхування. Договір страхування не має викупної суми за будь-яких обставин, якщо премій було сплачено за період менший, ніж 2 роки.

### Таблиця приблизних викупних сум, приблизного резерву бонусів та виплат у випадку смерті за програмою ГРАВЕ ПІДТРИМКА

Вік вступу:	30 років
Строк дії договору:	15 років
Стать:	чоловіча
Страхова сума:	69 336 UAH
Премія:	5 000 UAH

#### Приклад

Скінчилось років	Викупна сума	Резерв бонусів	Сума, що виплачується у випадку діагностування важкої хвороби (в тому числі бонуси)	Сума, що виплачується у випадку смерті (в тому числі бонуси)
1	0	0	69,336.00	69,336.00
2	3,133.99	8.31	69,344.31	69,344.31
3	6,982.14	315.51	69,651.51	69,651.51
4	10,982.82	967.63	70,303.63	70,303.63
5	15,025.11	2,016.27	71,352.27	71,352.27
6	19,129.80	3,519.62	72,855.62	72,855.62
7	23,400.90	5,543.36	74,879.36	74,879.36
8	27,866.14	8,161.72	77,497.72	77,497.72
9	32,525.52	11,458.75	80,794.75	80,794.75
10	37,399.84	15,529.27	84,865.27	84,865.27
11	42,509.90	20,480.58	89,816.58	89,816.58
12	47,890.38	26,434.20	95,770.20	95,770.20
13	53,555.13	33,527.48	102,863.48	102,863.48
14	59,531.89	41,915.96	111,251.96	111,251.96
15	65,869.20	56,775.59	126,111.59	126,111.59

Резерв бонусів виникає при умові, що всупереч припущенням, закладеним в основу розрахунків премій:

а) доходи від капіталовкладень мають тенденцію до зростання;

б) та/або витрати та ступінь ризику мають тенденцію до зниження.

Розмір суми резерву бонусів залежить від комерційного результату та визначається щороку. Наведені тут як приклад суми базуються на нормі прибутку, який дійсний на цей час, і не можуть бути абсолютно гарантовані на наступні роки.

### Заключні роз'яснення

- Якщо Заява заповнена повністю або частково не моєю рукою, підписанням цієї Заяви я підтверджую, що всі дані та умови Договору, запропоновані в Заяві, відповідають дійсності. Я підтверджую, що відповідно до вимог пп.1 ч.1 ст.6 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» мені надано усю необхідну, повну, доступну та достовірну інформацію про фінансову та/або посередницьку послугу та про її надавача у визначеному законодавством обсязі, достатньої для прийняття мною свідомого рішення про отримання такої послуги або про відмову від її отримання. Я підтверджую, що Страховиком та/або Страховим посередником мені надано усю необхідну інформацію відповідно до вимог ч. 5 ст. 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії».
- Тільки Заявники, які підписали цю Заяву, несуть цілковиту відповідальність за правильність та повноту вказаних даних незалежно від того, хто за них робив записи.
- Неповне та недостовірне повідомлення у цій Заяві про обставини підвищеного ризику надає Страховику право розірвати Договір страхування і відмовити у страховій виплаті при страховому випадку.
- Заповнення та підписання цієї Заяви не означає отримання страхового покриття. Договір страхування вважається укладеним після одержання Заявником страхового полісу або повідомлення про прийняття цієї Заяви; початок дії страхового покриття залежить від своєчасної сплати першої страхової премії.
- Заявнику також відомо, що Договір страхування укладається шляхом обміну документами, підписаними стороною, яка їх надсилає (згідно зі ст. 207 ЦК) і лише на засадах Правил добровільного страхування життя ПрАТ «ГРАВЕ УКРАЇНА Страхування життя», які діють на цей час. Ці правила є невід'ємною частиною Договору страхування.
- Застрахована особа, шляхом проставляння підпису на цій Заяві, підтверджує про свою обізнаність з приводу того, що вона має статус Застрахованої особи за Договором страхування, укладеним на підставі цієї Заяви. Також, шляхом проставляння підпису на цій Заяві, Застрахована особа декларує про відсутність заперечень проти укладення Страхувальником Договору страхування.
- Заяви, а також інші побажання та повідомлення з боку Заявника, Страхувальника або Застрахованої особи щодо укладення Договору страхування або протягом терміну дії Договору страхування мають бути надіслані у страхову компанію у письмовій формі і вважаються отриманими компанією лише тоді, коли вони надійшли до головного офісу Страховика навіть у випадку, якщо вони були передані Страховому посереднику для подальшої передачі Страховикові.
- Страховий посередник не має права отримувати на ім'я або робити Заяви від імені Страховика. Твердження Страховика вважаються дійсними, якщо вони видані у письмовій формі. Цим Заявник підтверджує, що ознайомлений та обізнаний з повною інформацією про Страхового посередника Страховика відповідно до вимог ч. 2 ст. 9 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії», яка розміщена на офіційному сайті Страховика за посиланням <https://www.grawe.ua/nashi-partneri/>.
- Заявник та Застрахована особа надають Страховику безвідкличні повноваження при необхідності робити будь-які запити у третьої сторони (лікарів, установ, органів влади) щодо обставин, які мають або мали місце (захворювання, наслідки нещасних випадків та порушення стану здоров'я у минулому, на теперішній час та в термін до закінчення страхового покриття), а також щодо інших договорів особистого страхування. Цим документом вони заздалегідь і для всіх випадків звільняють особу, яка отримала запит, від обов'язку збереження лікарської таємниці або іншої конфіденційної інформації.
- Заявник/Застрахована особа надає згоду Страховику на будь-яку обробку всіх наданих ним/нею персональних даних, включаючи і ті, що стосуються здоров'я, та які містяться в Заяві та/або отримані Страховиком від Заявника/Застрахованої особи при виконанні Договору страхування, в автоматизованих системах Страховика. Згода Заявника/ Застрахованої особи на обробку Страховиком наданих Заявником/ Застрахованою особою персональних даних є безстроковою. Заявник надає згоду на та не заперечує проти передачі Страховиком персональних даних, а також інформації, що є таємницею страхування Заявника за даною Заявою та/або Договором страхування, у відповідності до чинного законодавства України, страховому посереднику Страховика/ його консультанту, визначеному згідно даної Заяви. Зокрема, але не виключно, Страховий посередник/Консультант вправі отримати адресовані Заявнику документи щодо здійснення страхової виплати.
- Цим Заявник/Застрахована особа стверджує, що його/її у встановленому законом порядку повідомлено Страховиком, що персональні дані, надані ним/нею Страховикові, було включено до автоматизованих систем Страховика, повідомлено про мету збору даних, так само як Заявника/Застраховану особу у встановленому законом порядку Страховиком повідомлено та йому/їй роз'яснено права щодо персональних даних, якими суб'єкт персональних даних наділений відповідно до діючого законодавства України.
- Приймаю на себе зобов'язання, у разі зміни інформації, наведеної в цій Заяві, у разі зміни постійного місця проживання чи податкового резидентства, фактичного роду занять або закінчення строку дії документів, на підставі яких вона заповнювалась, протягом 15 календарних днів з дня настання вказаних подій надати документи для оновлення інформації, а також надавати запитовану інформацію чи документи за першою вимогою Страховика.
- Заявник/Застрахована особа надає згоду Страховику надавати всі надані Заявником/Застрахованою особою Страховикові персональні дані як іншій страховій компанії, так і компаніям, пов'язаним зі Страховиком в Україні та за кордоном для подальшої обробки та оцінки ризику і розміру страхової виплати. Заявник/Застрахована особа також надає згоду Страховику надавати всі надані Заявником/Застрахованою особою Страховикові персональні дані державним органам за їх запитом, а також за відсутності таких запитів, але у випадках, коли Страховик зобов'язаний надавати персональні дані державним органам відповідно до діючого законодавства України.
- Страхова компанія несе відповідальність лише за кошти, надіслані на її рахунок. Ні за яких обставин страхова компанія не несе відповідальності за кошти, передані працівникам компанії або третім особам.
- Заявник підтверджує своїм підписом намір узяти на себе зобов'язання згідно із умовами, викладеними у цій Заяві. Заявнику відомо про його обов'язок повідомлення третьої особи (третьох осіб) про укладений на її (їх) користь Договору страхування у відповідності до вимог ч.ч. 2, 3 ст. 90 Закону України «Про страхування».
- Заявник погоджується з тим, що, відповідно до ст. 1.8.2 Правил добровільного страхування життя ПрАТ «ГРАВЕ УКРАЇНА Страхування життя» Страховик має право в односторонньому порядку зменшити або збільшити зазначену в Заяві страхову суму на різницю, що не перевищуватиме +/- 15 %. Змінений розмір страхової суми буде зазначений у полісі страхування.
- Заявник погоджується з тим, що Страховик має право в односторонньому порядку зменшити або збільшити зазначену у Заяві страхову суму на різницю, що не перевищуватиме +/- 15 % за умови збереження розміру страхового внеску/платежу/премії, вказаного/ої у Заяві, зокрема, у випадку виявлення у Заяві невідповідностей віку чи статі Застрахованої особи з його паспортними даними, які надаються Заявником разом із Заявою на укладання Договору страхування. Страхова сума розраховується відповідно до обраного Заявником страхового тарифу/програми, вказаного/ої в Заяві.
- Заявник надає згоду на отримання ним СМС-повідомлень від Страховика будь-якої тематики, що не порушує норм діючого законодавства України, не суперечить їм, та у будь-який час як у робочі, так і у вихідні та святкові дні.
- Заявник підтверджує, що його ознайомлено із порядком оподаткування страхових виплат та викупних сум, який розміщено на веб-сторінці на власному веб-сайті Страховика за посиланням: <https://www.grawe.ua/rozkrittja-informaciji/informacija-pro-finansovu-ustanovu/>.
- Заявник підтверджує, що при складанні даної Заяви ним не отримані додаткові чи супутні послуги Страховика та/або третіх осіб, пов'язані з укладанням Договору страхування. Заявнику відомо, що Договір страхування, що підлягає укладанню із Страховиком, не є додатковим договором щодо отримання інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими. Заявник також підтверджує, що він володіє інформацією та розуміє, що додаткові чи супутні послуги Страховика та/або третіх осіб, пов'язані з укладанням Договору страхування, також не будуть отримані ним у майбутньому, після укладання Договору страхування.
- Заявник підтверджує, що йому відомо, що порядок розгляду звернень споживачів Страховиком, включаючи інформацію про уповноважені державні органи (включаючи Національний банк України), до яких відповідно до законодавства України споживач має право подати звернення з питань захисту прав споживачів фінансових послуг розміщено на власному веб-сайті Страховика за посиланням: <https://www.grawe.ua/rozkrittja-informaciji/informacija-pro-finansovu-ustanovu/>.
- Ця Заява складена в декількох примірниках. Примірик Заяви із оригінальним підписом страхувальника та Застрахованої особи призначається для Страховика. Заявник підтверджує та констатує, що він не заперечує проти отримання оригіналу Згоди на факсимільне відтворення підпису Страховика за фактом заповнення даної Заяви разом із полісом страхування.

**Повідомлення та Згода (надання дозволу) суб'єкта персональних даних на обробку його персональних даних у Базі персональних даних клієнтів ТОВ «ЄВРОЛАЙФ УКРАЇНА ЛТД».**

Я, \_\_\_\_\_ (Страховальник), та \_\_\_\_\_ (Застрахована Особа, якщо Страховальник та Застрахований – різні особи), що підписався нижче, надаю згоду на обробку своїх персональних даних **Товариству з обмеженою відповідальністю «ЄВРОЛАЙФ УКРАЇНА ЛТД» (далі — ЄВРОЛАЙФ)** у Базі персональних даних клієнтів ЄВРОЛАЙФ (далі — База даних) **з метою** здійснення ним діяльності страхового посередника, ведення персоналізованого обліку укладених Договорів Страхування та надходжень Страхових Премій (платежів), інформаційної взаємодії між мною та ЄВРОЛАЙФ, ведення електронного документообігу, підготовки статистичної, адміністративної та іншої інформації з питань страхування відповідно до вимог чинного законодавства; та для передачі зазначених персональних даних для обробки страховою компанією **з метою** здійснення нею страхової діяльності, в т.ч., але не виключно, ведення персоналізованого обліку Договорів Страхування, обліку надходжень Страхових Премій (платежів), інформаційної взаємодії між мною та страховою компанією, обробки даних (збирання, реєстрації, накопичення, зберігання, адаптування, зміни, поновлення, використання, поширення, знеособлення, знищення даних про особу), оцінки страхових ризиків, укладання, ведення та виконання Договорів Страхування, розгляду заяв про здійснення страхових виплат, ведення електронного документообігу, підготовки відповідно до вимог законодавства статистичної, адміністративної та іншої інформації з питань страхування, надсилання пропозицій, матеріалів інформаційного та рекламного змісту відповідно до чинного законодавства України, Закону України «Про страхування», Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», на підставі ліцензії, виданої страховій компанії на провадження страхової діяльності у формі добровільного страхування життя на підставі статуту, внутрішніх положень, політик та процедур страхової компанії.

Обсяг персональних даних, які включаються до Базі даних, визначається умовами цієї згоди, а також відповідно до законодавства України, що регулює провадження страхової діяльності та не перевищує обсягу, необхідного для досягнення мети обробки персональних даних.

**Цим я повідомлений/повідомлена, що мета** обробки персональних даних клієнтів ЄВРОЛАЙФ передбачає обробку таких категорій персональних даних, отриманих з первинних джерел (відомості з документів, виданих на моє ім'я, відомостей, які я надаю про себе): паспортні дані, ідентифікаційні податкові дані, місце проживання, контактні засоби зв'язку, місце роботи, посада, медичні дані тощо, за допомогою інформаційно-телекомунікаційних систем та програмного забезпечення ЄВРОЛАЙФ у паперовому та електронному вигляді на носіях будь-якого виду. До Базі даних вноситься інформація щодо Застрахованих Осіб, Страховальників, Вигодонабувачів, осіб, які мають право на отримання страхової виплати, або їх законних представників.

Відповідно до цієї Згоди ЄВРОЛАЙФ має право збирати з різних джерел та обробляти оновлення даних, які містяться у Базі даних. База даних знаходиться за юридичною адресою ЄВРОЛАЙФ. Доступ до персональних даних надається відповідно до чинного законодавства України.

Я також погоджуюся з тим, що в процесі опрацювання моїх персональних даних, отриманих відповідно до умов цієї Згоди, ЄВРОЛАЙФ має право надсилати всі такі дані до страхової компанії відповідно до цієї Згоди та при цьому гарантує дотримання вимог законодавства України щодо захисту персональних даних.

Цим я також повідомлений/повідомлена, що маю право на доступ до своїх персональних даних, що містяться у Базі даних; на отримання не пізніше, як за 30 календарних днів з дня надходження письмового запиту, відповіді про те, чи зберігаються мої персональні дані у Базі даних, та про зміст моїх персональних даних, які зберігаються; на пред'явлення вмотивованої вимоги щодо зміни або знищення своїх персональних даних, якщо ці дані обробляються незаконно або є недостовірними; на захист своїх персональних даних від незаконної обробки та випадкової втрати, знищення, пошкодження у зв'язку з умисним приховуванням, ненаданням чи несвоєчасним їх наданням, а також на захист від надання відомостей, що є недостовірними чи ганьблять честь, гідність та ділову репутацію фізичної особи; на застосування засобів правового захисту у випадку порушення законодавства про захист персональних даних, зокрема, на звернення до відповідних державних органів; та інші права, що передбачені законодавством України.

Я надаю згоду на та не заперечує проти передачі ПрАТ «ГРАВЕ УКРАЇНА Страхування життя» моїх персональних даних, а також інформації, що є таємницею страхування за Заявою на страхування (надалі – Заява), складеної за посередництва Товариства з обмеженою відповідальністю «ЄВРОЛАЙФ УКРАЇНА ЛТД» та/або Договором страхування, у відповідності до чинного законодавства України, Товариству з обмеженою відповідальністю «ЄВРОЛАЙФ УКРАЇНА ЛТД»/його консультанту, визначеному згідно Заяви. Зокрема, але не виключно, Товариство з обмеженою відповідальністю «ЄВРОЛАЙФ УКРАЇНА ЛТД»/його консультант вправі отримати адресовані мені від ПрАТ «ГРАВЕ УКРАЇНА Страхування життя» документи щодо здійснення страхової виплати.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ року

Консультант

\_\_\_\_\_ (підпис)

\_\_\_\_\_ (ПІБ)

Застрахована Особа

\_\_\_\_\_ (підпис)

\_\_\_\_\_ (ПІБ)

Страховальник

\_\_\_\_\_ (підпис)

\_\_\_\_\_ (ПІБ)