

Дирекція та консультант №	П.І.Б. консультанта	Одиниці загалом
	Моб. тел. консультанта	



Печатка прийняття

Заява №

ЗАЯВА на пенсійне страхування / отримання анuitетної виплати
(складова частина договору страхування життя)

Поліс №

ОТРИМУВАЧ ПЕНСІЇ / АНУІТЕТНОЇ ВИПЛАТИ 1	<input type="checkbox"/> пан <input type="checkbox"/> пані	Дата народження	Вік	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:		
Чи підлягає Ви оподаткуванню в Сполучених Штатах Америки? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні (Отримувач пенсії / анuitетної виплати 1 зобов'язується негайно повідомити Страховика про будь-які зміни, що можуть відбутися у зв'язку з цією інформацією).					Громадянство

Ідентифікаційні дані страхувальника 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 страхувальник статус «Е-резидента» Ні Так

5. Чи володіє страхувальник напряму чи опосередковано часткою в іноземній юридичній компанії: Ні Так

6. Чи має страхувальник статус податкового резидента іншої юрисдикції, крім України та США****: Ні Так



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

ОТРИМУВАЧ ПЕНСІЇ / АНУІТЕТНОЇ ВИПЛАТИ 2 тільки для тарифів PVX2 і PVX6 (повинен бути протилежної статі відносно статі отримувача пенсії / анuitетної виплати 1)	<input type="checkbox"/> пан <input type="checkbox"/> пані	Дата народження	Вік	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 Отримувача пенсії 1:

подружжя; дитина; батько/мати; працівник; позичальник; родич _____; інше _____ (вказати)

Чи підлягає Ви оподаткуванню в Сполучених Штатах Америки? Так Ні (Отримувач пенсії / анuitетної виплати 1 зобов'язується негайно повідомити Страховика про будь-які зміни, що можуть відбутися у зв'язку з цією інформацією).

Ідентифікаційні дані страхувальника 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.

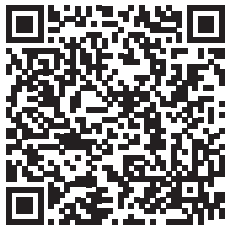
2. Мета та характер майбутніх ділових відносин: Постійні відносини Одноразова операція

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 страхувальник статус «Е-резидента» Ні Так

5. Чи володіє страхувальник напряму чи опосередковано часткою в іноземній юридичній компанії: Ні Так

6. Чи має страхувальник статус податкового резидента іншої юрисдикції, крім України та США****: Ні Так



*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 його заступники; Голова та члени Рахункової палати; члени Національної ради з питань телебачення і радіомовлення України; надзвичайні і повноважні послы; 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 частка 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 та 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 (контролерами) 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.

УМОВИ ДОГОВОРУ	Програма: <input type="checkbox"/> PVX0: пенсія/анuitет на визначений строк із захистом капіталу <input type="checkbox"/> PVX2: пенсія/анuitет на визначений строк без гарантованого періоду виплат з опцією переходу виплат до іншої особи <input type="checkbox"/> PVX6: довічна/ий пенсія/анuitет без гарантованого періоду виплат з опцією переходу виплат до іншої особи <input type="checkbox"/> PVX9: довічна/ий пенсія/анuitет із захистом капіталу	Початок виплати (день/міс./рік) 01 / /	Страхова сума по закінченні строку дії договору страхування	Основна пенсія/анuitет
	<input type="checkbox"/> Я обираю валюту страхування: <input type="checkbox"/> UAH <input type="checkbox"/> USD з оплатою в USD <input type="checkbox"/> USD з оплатою в UAH	Строк виплати пенсії/анuitету для тарифів PVX0, PVX2: <input type="checkbox"/> 5 років <input type="checkbox"/> 10 років <input type="checkbox"/> 15 років <input type="checkbox"/> 20 років <input type="checkbox"/> 25 років <input type="checkbox"/> 30 років _____ років		Бонусна пенсія/анuitет
	Порядок виплати пенсії/анuitету: <input type="checkbox"/> щомісяця <input type="checkbox"/> щокварталу <input type="checkbox"/> раз на півріччя <input type="checkbox"/> раз на рік			Загальний розмір пенсії/анuitету в USD Загальний розмір пенсії/анuitету в UAH
	Вигодонабувач/чі по випадку смерті (П.І.Б., дата народження, адреса) тільки для тарифів PVX0 та PVX9:			

ЗАПИТАННЯ до отримувача пенсії / анuitетної виплати 1 (Будь ласка, поставте відмітки та дайте детальне пояснення, якщо відповідь «ТАК»)
питання стосовно здоров'я необхідні для статистичного обліку

	ні	так	
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи страждаєте Ви на цей час розладами здоров'я (захворювання, травми)?
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Якими? З якого часу?
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи маєте Ви сімейного лікаря? Якщо так, то вкажіть його П.І.Б. та точну адресу.
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Будь ласка, вкажіть Ваші параметри: Зріст см. Вага кг.
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Звживаєте чи звживали Ви будь-які наркотичні речовини? Чи приймаєте Ви ліки регулярно?
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Які? Коли востаннє? Доза? Причина?
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Протягом останніх 5 років чи звертались Ви до лікаря, чи перебували на лікуванні або під лікарським наглядом, під наглядом у психіатра і т.ін. (наприклад: з приводу хвороби серця, шлунку, нирок, жовчного міхура, нервової системи, цукр, діабету, тиску крові, раку, інвалідності тощо)?
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Коли? Чому? Як довго? Результат? Лікувальний заклад, лікуючий лікар:
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи перенесли Ви операцію або лікування із застосуванням радіоактивних матеріалів, радіотерапії, хіміотерапії? Чи піддавались Ви опроміненню?
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи проходили Ви перевірку на СНІД?

ЗАПИТАННЯ до отримувача пенсії/ анuitетної виплати 2 (Будь ласка, поставте відмітки та дайте детальне пояснення, якщо відповідь «ТАК»)
тільки для тарифів PVX2 і PVX6

	ні	так	
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи страждаєте Ви на цей час розладами здоров'я (захворювання, травми)?
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Якими? З якого часу?
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи маєте Ви сімейного лікаря? Якщо так, то вкажіть його П.І.Б. та точну адресу.
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Будь ласка, вкажіть Ваші параметри: Зріст см. Вага кг.
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Звживаєте чи звживали Ви будь-які наркотичні речовини? Чи приймаєте Ви ліки регулярно?
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Які? Коли востаннє? Доза? Причина?
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Протягом останніх 5 років чи звертались Ви до лікаря, чи перебували на лікуванні або під лікарським наглядом, під наглядом у психіатра і т.ін. (наприклад: з приводу хвороби серця, шлунку, нирок, жовчного міхура, нервової системи, цукр, діабету, тиску крові, раку, інвалідності тощо)?
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Коли? Чому? Як довго? Результат? Лікувальний заклад, лікуючий лікар:
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи перенесли Ви операцію або лікування із застосуванням радіоактивних матеріалів, радіотерапії, хіміотерапії? Чи піддавались Ви опроміненню?
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи проходили Ви перевірку на СНІД?

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 я не можу достроково припинити дію договору пенсійного страхування/отримання анuitетної виплати.

Місце, дата	Підпис консультанта (засвідчує дійсність підписів отримувача пенсії / анuitетної виплати 1 та отримувача пенсії / анuitетної виплати 2, а також здійснення їх верифікації та ідентифікації)	Підпис отримувача пенсії / анuitетної виплати 1	Підпис отримувача пенсії / анuitетної виплати 2 (тільки для тарифів PVX2 і PVX6)
-------------	---	---	--

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:
Директор по роботі з брокерами та банками _____/Максим ХОБОТОВ/

ПрАТ «ГРАВЕ УКРАЇНА Страхування життя»
Директор по роботі з брокерами та банками _____/Максим ХОБОТОВ/

Страхувальник: _____

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:
Директор по роботі з брокерами та банками _____/Максим ХОБОТОВ/

ПрАТ «ГРАВЕ УКРАЇНА Страхування життя»
Директор по роботі з брокерами та банками _____/Максим ХОБОТОВ/

Страхувальник: _____

PVX	<u>Пенсійний опціон після закінчення дії договору страхування:</u>	Зазначені у цій заяві умови пенсійного страхування/отримання анuitетної виплати
PVX0	Ануїтет на визначений строк із захистом капіталу.	приймаються Страховиком з урахуванням всіх змін, погоджених сторонами на дату відправки поліса Отримувачу пенсії / анuitетної виплати 1 та з урахуванням особливих умов, зазначених у полісі
PVX2	Ануїтет на визначений строк без гарантованого періоду виплат з опцією переходу виплат до іншої особи.	
PVX6	Довічний анuitет без гарантованого періоду виплат з опцією переходу виплат до іншої особи.	
PVX9	Довічний анuitет із захистом капіталу.	

Заключні роз'яснення

1. 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».
2. Тільки Заявники, які підписали цю Заяву, несуть цілковиту відповідальність за правильність та повноту вказаних даних незалежно від того, хто за них робив записи.
3. Заповнення та підписання цієї заяви не є підставою отримання пенсійних виплат. Договір пенсійного страхування/отримання анuitетної виплати вважається укладеним після одержання заявником страхового полісу або повідомлення про прийняття цієї заяви.
4. Заявнику також відомо, що договір пенсійного страхування/отримання анuitетної виплати 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 пенсійного страхування/отримання анuitетної виплати.
5. Заяви, а також інші побажання та повідомлення з боку заявника, отримувача пенсії/анuitетної виплати 1 або отримувача пенсії/анuitетної виплати 2 щодо укладення договору пенсійного страхування/отримання анuitетної виплати або протягом терміну дії договору пенсійного страхування/отримання анuitетної виплати 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.
6. 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/>.
7. Заявник/отримувач пенсії (анuitетної виплати) 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/отримувача пенсії (анuitетної виплати) при виконанні договору пенсійного страхування/отримання анuitетної виплати, в автоматизованих системах Страховика. Згода Згода Заявника/отримувача пенсії (анuitетної виплати) на обробку Страховиком наданих Заявником/отримувачем пенсії (анuitетної виплати) 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 пенсійного страхування/отримання анuitетної виплати, 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.
8. Цим Заявник/отримувач пенсії (анuitетної виплати) 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/отримувача пенсії (анuitетної виплати) у встановленому законом порядку Страховиком повідомлено та йому/її роз'яснено права щодо персональних даних, якими суб'єкт персональних даних наділений відповідно до діючого законодавства України.
9. Заявник/отримувач пенсії (анuitетної виплати) надає згоду Страховику надавати всі надані Заявником/отримувачем пенсії (анuitетної виплати) 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/отримувач пенсії (анuitетної виплати) також надає згоду Страховику надавати всі надані Заявником/отримувачем пенсії (анuitетної виплати) 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.
10. 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.
11. Заявник/отримувач пенсії (анuitетної виплати) зобов'язується, 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 запитувану інформацію чи документи за першою вимогою Страховика.
12. 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».
13. 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 зазначений в заяві розмір пенсії/анuitетної виплати на різницю, що не перевищуватиме +/- 15 %. Змінений розмір пенсії/анuitетної виплати буде зазначений у полісі пенсійного страхування/отримання анuitетної виплати.
14. Заявник погоджується з тим, що страховик має право в односторонньому порядку зменшити або збільшити зазначений у заяві розмір пенсії/анuitетної виплати на різницю, що не перевищуватиме +/-15 % за умови збереження розміру інвестованого капіталу (страхової виплати по закінченню дії договору страхування), зокрема, у випадку виявлення у заяві невідповідностей віку чи статі отримувача пенсії/анuitетної виплати з його паспортними даними, які надаються заявником разом із заявою на укладання договору пенсійного страхування/отримання анuitетної виплати. Розмір пенсії/анuitетної виплати розраховується відповідно до обраного заявником страхового тарифу/програми, вказаного/ої в заяві.
15. 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.
16. 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/>.
17. Заявник підтверджує, що при складанні даної Заяви ним не отримані додаткові чи супутні послуги Страховика та/або третіх осіб, пов'язані з укладанням договору пенсійного страхування/отримання анuitетної виплати. Заявнику відомо, що Договір пенсійного страхування/отримання анuitетної виплати, 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 пенсійного страхування/отримання анuitетної виплати, також не будуть отримані ним у майбутньому, після укладання Договору пенсійного страхування/отримання анuitетної виплати.
18. 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/>.
19. В рамках цієї заяви, а також договірних взаємовідносин заявника та ПрАТ «ГРАВЕ УКРАЇНА Страхування життя», що виникнуть/можуть виникнути на підставі цієї заяви, під «пенсійним страхуванням» мається на увазі довгострокове страхування життя, в розумінні діючого законодавства України, на умовах обраного отримувачем пенсії/анuitетної виплати Тарифу відповідно до Правил добровільного страхування життя ПрАТ «ГРАВЕ УКРАЇНА Страхування життя», яке передбачає накопичення грошових коштів із подальшим пенсійним забезпеченням отримувача пенсії/анuitетної виплати шляхом регулярних послідовних виплат обумовлених у договорі пенсійного страхування/отримання анuitетної виплати сум (анuitету) у випадку смерті отримувача пенсії/анuitетної виплати, а також, якщо це передбачено договором страхування, у випадку дожиття отримувача пенсії/анuitетної виплати до закінчення строку дії договору страхування та/або досягнення отримувачем пенсії/анuitетної виплати визначеного договором віку.
20. В рамках цієї заяви, а також договірних взаємовідносин заявника та ПрАТ «ГРАВЕ УКРАЇНА Страхування життя», що виникнуть/можуть виникнути на підставі цієї заяви, під «отримувачем пенсії/анuitетної виплати» мається на увазі вигодонабувач за договором довгострокового страхування життя, в розумінні діючого законодавства України.
21. У випадку, якщо Страховиком буде прийняте рішення про укладення договору страхування життя із заявником, ця заява буде вважатись складовою частиною договору пенсійного страхування/отримання анuitетної виплати.
22. Ця Заява складена в декількох примірниках. Примірник 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 персоніфікованого 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 персоніфікованого 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 Баз 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 Баз 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 _____ Страховальник _____ (підпис) _____ (ПІБ)