

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

	Печатка прийняття	<b>1. ДЛЯ СТРАХОВОЇ КОМПАНІЇ</b>
		Заява №

<b>ЗАЯВА на страхування життя з участю у резервах бонусів</b> (складова частина договору страхування життя)	Поліс №
--	---------

<b>СТРАХУВАЛЬНИК = ВІН ЖЕ 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)	Телефон: e-mail:	Професія / посада
---	---------------------	-------------------

Чи підлягає Ви оподаткуванню в Сполучених Штатах Америки? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні (Страховальник зобов'язується негайно повідомити Страховика про будь-які зміни, що можуть відбутися у зв'язку з цією інформацією).	Громадянство
---	--------------

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 \_\_\_\_\_

\*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 асамблей, 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.

**УМОВИ ДОГОВОРУ**

Програми: <input type="checkbox"/> ЮНІОР ЕКСТРА <input type="checkbox"/> ГРАВЕ МАГІСТР	Вік	Строк	Початок (день/міс./рік) 01 / /	Страхова сума	Страховий платіж
---	-----	-------	-----------------------------------	---------------	------------------

Я обираю валютою страхування: <input type="checkbox"/> UAH <input type="checkbox"/> USD	Страхова сума за пакетом «нещасний випадок» Тарифи UTZ + U1100	ЛИШЕ ДЛЯ ЮНІОР ЕКСТРА			+ Платіж за пакет «нещасний випадок» (Лише для Юніор Екстра)
		<input type="checkbox"/> UAH 2 5000 (платіж UAH 75) <input type="checkbox"/> USD 5 000 (платіж USD 15)	<input type="checkbox"/> UAH 50 000 (платіж UAH 150) <input type="checkbox"/> USD 10 000 (платіж USD 30)		

ДИТИНА застрахована за тарифом U1100 на суму, що дорівнює СТРАХОВІЙ СУМІ	Порядок сплати страхового платежу: щорічно	Збільшення першого страхового платежу на 50 UAH або 10 USD
--	--	--

Вигодонабувач - ДИТИНА (П.І.Б., дата народження, адреса):	= Сума першого платежу
	= Сума першого платежу в UAH

**ЗАПИТАННЯ про дитину (Будь ласка, поставте відмітки та дайте детальне пояснення, якщо відповідь «ТАК»)**

	ні	так	
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи страждає Дитина на цей час розладами здоров'я (захворювання, травми)? Якими? З якого часу?
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Вживає чи вживала Дитина будь-які наркотичні речовини? Чи приймає Дитина ліки регулярно? Які? Коли востаннє? Доза? Причина?
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Протягом останніх 5 років чи зверталась Дитина до лікаря, чи перебувала на лікуванні або під лікарським наглядом, під наглядом у психіатра та ін. (наприклад: із приводу хвороби серця, шлунку, нирок, жовчного міхура, нервової системи, цукр, діабету, кров'яного тиску, раку, інвалідності тощо)? Коли? Чому? Як довго? Результат? Лікувальний заклад, лікуючий лікар:
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи перебувала Дитина за останні 5 років у лікарні більше 4 тижнів?
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи переносила Дитина операцію або лікування із застосуванням радіоактивних матеріалів, радіотерапії, хіміотерапії? Чи піддавалась Дитина опроміненню?
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи проходила Дитина перевірку на СНІД?
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи займається Дитина небезпечними видами спорту (наприклад: як водолаз, гонщик, водій, пілот, скелелаз або дельтапланерист)? Детальні відомості:

**ЗАПИТАННЯ до страховальника (Будь ласка, поставте відмітки та дайте детальне пояснення, якщо відповідь "ТАК")**

	ні	так	
1a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи страждаєте Ви на цей час розладами здоров'я (захворювання, травми)? Якими? З якого часу?
1b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи обмежена Ваша працездатність? Чому?
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи маєте Ви сімейного лікаря? Якщо так, то вкажіть його П.І.Б. та точну адресу.
3			Будь ласка, вкажіть Ваші параметри: Зріст .....см. Вага ..... кг.
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Вживаєте чи вживали Ви будь-які наркотичні речовини? Чи приймаєте Ви ліки регулярно? Які? Коли востаннє? Доза? Причина?
5	<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)? Коли? Чому? Як довго? Результат? Лікувальний заклад, лікуючий лікар:
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи перебували Ви за останні 5 років у стані непрацездатності внаслідок погіршення здоров'я більше 4 тижнів?
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи перенесли Ви операцію або лікування із застосуванням радіоактивних матеріалів, радіотерапії, хіміотерапії? Чи піддавались Ви опроміненню?
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи проходили Ви перевірку на СНІД?
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи пов'язана Ваша професія з підвищеним ризиком (наприклад: опромінювання, отрути, вибухові речовини) або з небезпечною зоною? Детальні відомості:
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи піддаєтесь Ви на робочому місці або у вільний від роботи час особливій небезпеці (наприклад: як водолаз, гонщик, водій, пілот, скелелаз або дельтапланерист)? Детальні відомості:
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи маєте Ви інші договори страхування життя чи від нещасних випадків або вже подали заяву на такий договір? Компанія: ..... Сума виплати по смерті: ..... Рік: ..... Сума по інвалідності: .....

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 вилучна 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 (застрахованої особи)	Підпис іншого з батьків застрахованої Дитини (підпис є згодою на страхування Дитини)
-------------	--	---	--

<p>«ЮНІОР ЕКСТРА» — тарифи GX-3+UI100 (для дитини)+ пакет «нешасний випадок» за бажанням (UTZ+UI100)</p> <p>«ГРАВЕ МАГІСТР» — тарифи GX-5S+UTZ+UI50P+UI100+UI100 (для дитини)</p>	<p>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</p>
<p>GX-3 Страхування життя на твердо встановлений строк з участю у резервах бонусів з незмінною страховою премією, що сплачується протягом всього строку страхування або за короткий період.</p> <p>GX-5S Страхування життя на випадок смерті і дожиття з участю у резервах бонусів з незмінною страховою премією, що сплачується протягом всього строку страхування або за короткий період, і диференційованою страховою сумою на випадок смерті.</p> <p>UTZ Додаткове страхування на випадок смерті від нещасного випадку.</p> <p>UI50P Додаткове страхування на випадок тривалої інвалідності від 50% внаслідок нещасного випадку зі звільненням від сплати страхових премій.</p> <p>UI100 Додаткове страхування на випадок повної тривалої інвалідності внаслідок нещасного випадку.</p>	

**СТРАХУВАЛЬНИК та ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА — одна й та ж сама особа.**

**ДИТИНА застрахована за тарифом UI100.**

**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 ЮНІОР ЕКСТРА**

Страховальник: жінка 30 років  
 Дитина: 3 роки  
 Строк дії договору: 15 років  
 Страхова сума: 78 989 UAH  
 Премія: 5 000 UAH

**Приклад**

Скінчилось років	Викупна сума	Резерв бонусів	Сума, що виплачується у випадку смерті (в тому числі бонуси)	Скінчилось років	Викупна сума	Резерв бонусів	Сума, що виплачується у випадку смерті (в тому числі бонуси)
1	0	0	45 614	9	37 638	15 512	77 938
2	3 728	15	47 453	10	43 238	21 095	86 018
3	8 167	425	49 761	11	49 075	27 918	95 438
4	12 788	1 295	52 604	12	55 165	36 158	106 378
5	17 393	2 699	56 061	13	61 508	46 017	119 046
6	22 156	4 721	60 217	14	68 128	57 723	133 673
7	27 109	7 456	65 172	15	75 039	77 988	156 977
8	32 267	11 012	71 037				

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.
- 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 страховій компанії 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.
- Заяви, а також інші побажання та повідомлення з боку заявника, страховальника 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 представництва страхової компанії, тобто не має права отримувати на ім'я або робити заяви від імені страхової компанії. Твердження страховика вважаються дійсними, якщо вони видані у письмовій формі.
- Заявник та застрахована особа надають страховій компанії 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.
- 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.
- Приймаючи 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, а також, що він отримав копію цієї заяви.
- 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.
- Цим Заявник підтверджує, що йому в порядку та обсязі, передбаченими ч. 2 ст. 12 Закону України «Про фінансові послуги та регулювання ринку фінансових послуг», Страховиком надано вичерпну інформацію щодо фінансової послуги. Заявник також підтверджує, що він ознайомився з тим, що загальна інформація щодо фінансової послуги розміщена на офіційному сайті Страховика – www.grawe.ua
- Сторони цим висловлюють свою згоду на факсимільне відтворення підпису уповноваженої особи страховика на полісі страхування, а також всіх додатках до нього, які становлять його невід'ємну частину, що видається заявнику. Зразок відповідного аналога вкладається в поліс страхування уповноваженої особи страховика, завірений печаткою страховика, міститься на цій Заяві.\*

\* Згідно з п. 3 ст. 207 Цивільного Кодексу України № 435-IV від 16.01.2003 р.

Зразок підпису та печатки



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

	Печатка прийняття	<b>2. ДЛЯ СТРАХОВОЇ КОМПАНІЇ</b>
		Заява №

<b>ЗАЯВА на страхування життя з участю у резервах бонусів</b> (складова частина договору страхування життя)	Поліс №
--	---------

<b>СТРАХУВАЛЬНИК = ВІН ЖЕ 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)	Телефон: e-mail:	Професія / посада
---	---------------------	-------------------

Чи підлягає Ви оподаткуванню в Сполучених Штатах Америки? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні (Страховальник зобов'язується негайно повідомити Страховика про будь-які зміни, що можуть відбутися у зв'язку з цією інформацією).	Громадянство
---	--------------

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 \_\_\_\_\_

\*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 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 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 послі, 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 асамблей, 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.

**УМОВИ ДОГОВОРУ**

Програми: <input type="checkbox"/> ЮНІОР ЕКСТРА <input type="checkbox"/> ГРАВЕ МАГІСТР	Вік	Строк	Початок (день/міс./рік) 01 / /	Страхова сума	Страховий платіж
---	-----	-------	-----------------------------------	---------------	------------------

Я обираю валютою страхування: <input type="checkbox"/> UAH <input type="checkbox"/> USD	Страхова сума за пакетом «нещасний випадок» Тарифи UTZ + U1100	ЛИШЕ ДЛЯ ЮНІОР ЕКСТРА			+ Платіж за пакет «нещасний випадок» (Лише для Юніор Екстра)
	<input type="checkbox"/> UAH 2 5000 (платіж UAH 75) <input type="checkbox"/> USD 5 000 (платіж USD 15)	<input type="checkbox"/> UAH 50 000 (платіж UAH 150) <input type="checkbox"/> USD 10 000 (платіж USD 30)			

ДИТИНА застрахована за тарифом U1100 на суму, що дорівнює СТРАХОВІЙ СУМІ	Порядок сплати страхового платежу: щорічно	Збільшення першого страхового платежу на 50 UAH або 10 USD
--	--	--

Вигодонабувач - ДИТИНА (П.І.Б., дата народження, адреса):	= Сума першого платежу
	= Сума першого платежу в UAH

**ЗАПИТАННЯ про дитину (Будь ласка, поставте відмітки та дайте детальне пояснення, якщо відповідь «ТАК»)**

	ні	так	
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи страждає Дитина 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"/>	Вживає чи вживала Дитина будь-які наркотичні речовини? Чи приймає Дитина ліки регулярно?
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Які? Коли востаннє? Доза? Причина?
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Протягом останніх 5 років чи зверталась Дитина до лікаря, чи перебувала на лікуванні або під лікарським наглядом, під наглядом у психіатра та ін. (наприклад: із приводу хвороби серця, шлунку, нирок, жовчного міхура, нервової системи, цукр, діабету, кров'яного тиску, раку, інвалідності тощо)?
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Коли? Чому? Як довго? Результат? Лікувальний заклад, лікуючий лікар:
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи перебувала Дитина за останні 5 років у лікарні більше 4 тижнів?
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи переносила Дитина операцію або лікування із застосуванням радіоактивних матеріалів, радіотерапії, хіміотерапії? Чи піддавалась Дитина опроміненню?
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи проходила Дитина перевірку на СНІД?
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи займається Дитина небезпечними видами спорту (наприклад: як водолаз, гонщик, водій, пілот, скелелаз або дельтапланерист)?
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Детальні відомості:

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

	ні	так	
1a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи страждаєте Ви на цей час розладами здоров'я (захворювання, травми)?
1b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Якими? З якого часу?
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи обмежена Ваша працездатність?
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чому?
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи маєте Ви сімейного лікаря? Якщо так, то вкажіть його П.І.Б. та точну адресу.
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Будь ласка, вкажіть Ваші параметри: Зріст .....см. Вага ..... кг.
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Вживаєте чи вживали Ви будь-які наркотичні речовини? Чи приймаєте Ви ліки регулярно?
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Які? Коли востаннє? Доза? Причина?
8	<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)?
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Коли? Чому? Як довго? Результат? Лікувальний заклад, лікуючий лікар:
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи перебували Ви за останні 5 років у стані непрацездатності внаслідок погіршення здоров'я більше 4 тижнів?
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи перенесли Ви операцію або лікування із застосуванням радіоактивних матеріалів, радіотерапії, хіміотерапії? Чи піддавались Ви опроміненню?
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи проходили Ви перевірку на СНІД?
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи пов'язана Ваша професія з підвищеним ризиком (наприклад: опромінювання, отрути, вибухові речовини) або з небезпечною зоною?
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Детальні відомості:
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи піддаєтесь Ви на робочому місці або у вільний від роботи час особливій небезпеці (наприклад: як водолаз, гонщик, водій, пілот, скелелаз або дельтапланерист)?
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Детальні відомості:
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи маєте Ви інші договори страхування життя чи від нещасних випадків або вже подали заяву на такий договір?
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Компанія: ..... Рік: ..... Сума виплати по смерті: ..... Сума по інвалідності: .....

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 (застрахованої особи)	Підпис іншого з батьків застрахованої Дитини (підпис є згодою на страхування Дитини)
-------------	--	---	--

«ЮНІОР ЕКСТРА»	— тарифи GX-3+UI100 (для дитини)+ пакет «нешасний випадок» за бажанням (UTZ+UI100)	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
«ГРАВЕ МАГІСТР»	— тарифи GX-5S+UTZ+UI50P+UI100+UI100 (для дитини)	
GX-3	Страхування життя на твердо встановлений строк з участю у резервах бонусів з незмінною страховою премією, що сплачується протягом всього строку страхування або за короткий період.	
GX-5S	Страхування життя на випадок смерті і дожиття з участю у резервах бонусів з незмінною страховою премією, що сплачується протягом всього строку страхування або за короткий період, і диференційованою страховою сумою на випадок смерті.	
UTZ	Додаткове страхування на випадок смерті від нещасного випадку.	
UI50P	Додаткове страхування на випадок тривалої інвалідності від 50% внаслідок нещасного випадку зі звільненням від сплати страхових премій.	
UI100	Додаткове страхування на випадок повної тривалої інвалідності внаслідок нещасного випадку.	

**СТРАХУВАЛЬНИК та ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА — одна й та ж сама особа.**

**ДИТИНА застрахована за тарифом UI100.**

**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 ЮНІОР ЕКСТРА**

<b>Приклад</b>	Страховальник: жінка 30 років Дитина: 3 роки Строк дії договору: 15 років Страхова сума: 78 989 UAH Премія: 5 000 UAH			
	Скінчилось років	Викупна сума	Резерв бонусів	Сума, що виплачується у випадку смерті (в тому числі бонуси)
	1	0	0	45 614
	2	3 728	15	47 453
	3	8 167	425	49 761
	4	12 788	1 295	52 604
	5	17 393	2 699	56 061
	6	22 156	4 721	60 217
	7	27 109	7 456	65 172
	8	32 267	11 012	71 037
	9	37 638	15 512	77 938
	10	43 238	21 095	86 018
	11	49 075	27 918	95 438
	12	55 165	36 158	106 378
	13	61 508	46 017	119 046
	14	68 128	57 723	133 673
	15	75 039	77 988	156 977

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**

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.
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. Неповне та недостовірне повідомлення у цій заяві про обставини підвищеного ризику надає страховій компанії право розірвати договір страхування і відмовити у страховій виплаті при страховому випадку.
4. 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.
5. 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.
6. Заяви, а також інші побажання та повідомлення з боку заявника, страховальника 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.
7. Страховий посередник не має права представництва страхової компанії, тобто не має права отримувати на ім'я або робити заяви від імені страхової компанії. Твердження страховика вважаються дійсними, якщо вони видані у письмовій формі.
8. Заявник та застрахована особа надають страховій компанії 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.
9. 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.
10. 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 Заявник/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.
11. Приймаю на себе зобов'язання, 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/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.
13. 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.
14. Заявник підтверджує своїм підписом намір узяти на себе зобов'язання згідно із умовами, викладеними у цій заяві, а також, що він отримав копію цієї заяви.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. Цим Заявник підтверджує, що йому в порядку та обсязі, передбаченими ч. 2 ст. 12 Закону України «Про фінансові послуги та регулювання ринку фінансових послуг», Страховиком надано вичерпну інформацію щодо фінансової послуги. Заявник також підтверджує, що він ознайомився з тим, що загальна інформація щодо фінансової послуги розміщена на офіційному сайті Страховика – www.grawe.ua
19. Сторони цим висловлюють свою згоду на факсимільне відтворення підпису уповноваженої особи страховика на полісі страхування та всіх додатках до нього, які становлять його невід'ємну частину, що видається заявнику. Зразок відповідного аналога вписується у поліс страхування уповноваженою особою страховика, завірений печаткою страховика, міститься на цій Заяві.\*

\* Згідно з п. 3 ст. 207 Цивільного Кодексу України № 435-IV від 16.01.2003 р.

Зразок підпису та печатки



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

	Печатка прийняття	<b>3. ДЛЯ СТРАХОВОГО ПОСЕРЕДНИКА</b>
		Заява №

<b>ЗАЯВА на страхування життя з участю у резервах бонусів</b> (складова частина договору страхування життя)	Поліс №
--	---------

<b>СТРАХУВАЛЬНИК = ВІН ЖЕ 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)	Телефон: e-mail:	Професія / посада
---	---------------------	-------------------

Чи підлягає Ви оподаткуванню в Сполучених Штатах Америки? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні (Страховальник зобов'язується негайно повідомити Страховика про будь-які зміни, що можуть відбутися у зв'язку з цією інформацією).	Громадянство
---	--------------

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 \_\_\_\_\_

\*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 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 асамблей, 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.

**УМОВИ ДОГОВОРУ**

Програми: <input type="checkbox"/> ЮНІОР ЕКСТРА <input type="checkbox"/> ГРАВЕ МАГІСТР	Вік	Строк	Початок (день/міс./рік) 01 / /	Страхова сума	Страховий платіж
---	-----	-------	-----------------------------------	---------------	------------------

Я обираю валютою страхування: <input type="checkbox"/> UAH <input type="checkbox"/> USD	Страхова сума за пакетом «нещасний випадок» Тарифи UTZ + U1100	<b>ЛИШЕ ДЛЯ ЮНІОР ЕКСТРА</b>			+ Платіж за пакет «нещасний випадок» (Лише для Юніор Екстра)
		<input type="checkbox"/> UAH 2 5000 (платіж UAH 75)	<input type="checkbox"/> UAH 50 000 (платіж UAH 150)		
		<input type="checkbox"/> USD 5 000 (платіж USD 15)	<input type="checkbox"/> USD 10 000 (платіж USD 30)		

ДИТИНА застрахована за тарифом U1100 на суму, що дорівнює СТРАХОВІЙ СУМІ	Порядок сплати страхового платежу: щорічно	Збільшення першого страхового платежу на 50 UAH або 10 USD
--	--	--

Вигодонабувач - ДИТИНА (П.І.Б., дата народження, адреса):	= Сума першого платежу
	= Сума першого платежу в UAH

**ЗАПИТАННЯ про дитину (Будь ласка, поставте відмітки та дайте детальне пояснення, якщо відповідь «ТАК»)**

	ні	так					
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Якими? З якого часу?				
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Які? Коли востаннє? Доза? Причина?				
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Коли?	Чому?	Як довго?	Результат?	Лікувальний заклад, лікуючий лікар:
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Детальні відомості:				

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

	ні	так						
1a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Якими? З якого часу?					
1b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чому?					
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
3			Зріст .....		см.	Вага .....		кг.
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Які? Коли востаннє? Доза? Причина?					
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Коли?	Чому?	Як довго?	Результат?	Лікувальний заклад, лікуючий лікар:	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Детальні відомості:					
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Детальні відомості:					
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Компанія: .....	Сума виплати по смерті: .....				
			Рік: .....	Сума по інвалідності: .....				

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 вилучена 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 (застрахованої особи)	Підпис іншого з батьків застрахованої Дитини (підпис є згодою на страхування Дитини)
-------------	--	---	--



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

	Печатка прийняття	<b>4. ДЛЯ СТРАХОВОГО КОНСУЛЬТАНТА</b>
		Заява №

<b>ЗАЯВА на страхування життя з участю у резервах бонусів</b> (складова частина договору страхування життя)	Поліс №
--	---------

<b>СТРАХУВАЛЬНИК = ВІН ЖЕ 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)	Телефон: e-mail:	Професія / посада
---	---------------------	-------------------

Чи підлягає Ви оподаткуванню в Сполучених Штатах Америки? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні (Страховальник зобов'язується негайно повідомити Страховика про будь-які зміни, що можуть відбутися у зв'язку з цією інформацією).	Громадянство
---	--------------

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 \_\_\_\_\_

\*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 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 асамблей, 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.

**УМОВИ ДОГОВОРУ**

Програми: <input type="checkbox"/> ЮНІОР ЕКСТРА <input type="checkbox"/> ГРАВЕ МАГІСТР	Вік	Строк	Початок (день/міс./рік) 01 / /	Страхова сума	Страховий платіж
---	-----	-------	-----------------------------------	---------------	------------------

Я обираю валютою страхування: <input type="checkbox"/> UAH <input type="checkbox"/> USD	Страхова сума за пакетом «нещасний випадок» Тарифи UTZ + U1100	<b>ЛИШЕ ДЛЯ ЮНІОР ЕКСТРА</b> <input type="checkbox"/> UAH 2 5000 (платіж UAH 75) <input type="checkbox"/> UAH 50 000 (платіж UAH 150) <input type="checkbox"/> USD 5 000 (платіж USD 15) <input type="checkbox"/> USD 10 000 (платіж USD 30)	+ Платіж за пакет «нещасний випадок» (Лише для Юніор Екстра)
--	---	--	---

ДИТИНА застрахована за тарифом U1100 на суму, що дорівнює СТРАХОВІЙ СУМІ	Порядок сплати страхового платежу: щорічно	Збільшення першого страхового платежу на 50 UAH або 10 USD
--	--	--

Вигодонабувач - ДИТИНА (П.І.Б., дата народження, адреса):	= Сума першого платежу
	= Сума першого платежу в UAH

**ЗАПИТАННЯ про дитину (Будь ласка, поставте відмітки та дайте детальне пояснення, якщо відповідь «ТАК»)**

	ні	так	
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи страждає Дитина на цей час розладами здоров'я (захворювання, травми)? Якими? З якого часу?
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Вживає чи вживала Дитина будь-які наркотичні речовини? Чи приймає Дитина ліки регулярно? Які? Коли востаннє? Доза? Причина?
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Протягом останніх 5 років чи зверталась Дитина до лікаря, чи перебувала на лікуванні або під лікарським наглядом, під наглядом у психіатра та ін. (наприклад: з приводу хвороби серця, шлунку, нирок, жовчного міхура, нервової системи, цукр, діабету, кров'яного тиску, раку, інвалідності тощо)? Коли? Чому? Як довго? Результат? Лікувальний заклад, лікуючий лікар:
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи перебувала Дитина за останні 5 років у лікарні більше 4 тижнів?
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи переносила Дитина операцію або лікування із застосуванням радіоактивних матеріалів, радіотерапії, хіміотерапії? Чи піддавалась Дитина опроміненню?
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи проходила Дитина перевірку на СНІД?
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи займається Дитина небезпечними видами спорту (наприклад: як водолаз, гонщик, водій, пілот, скелелаз або дельтапланерист)? Детальні відомості:

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

	ні	так	
1a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи страждаєте Ви на цей час розладами здоров'я (захворювання, травми)? Якими? З якого часу?
1b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи обмежена Ваша працездатність? Чому?
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи маєте Ви сімейного лікаря? Якщо так, то вкажіть його П.І.Б. та точну адресу.
3			Будь ласка, вкажіть Ваші параметри: Зріст .....см. Вага ..... кг.
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Вживаєте чи вживали Ви будь-які наркотичні речовини? Чи приймаєте Ви ліки регулярно? Які? Коли востаннє? Доза? Причина?
5	<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)? Коли? Чому? Як довго? Результат? Лікувальний заклад, лікуючий лікар:
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи перебували Ви за останні 5 років у стані непрацездатності внаслідок погіршення здоров'я більше 4 тижнів?
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи перенесли Ви операцію або лікування із застосуванням радіоактивних матеріалів, радіотерапії, хіміотерапії? Чи піддавались Ви опроміненню?
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи проходили Ви перевірку на СНІД?
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи пов'язана Ваша професія з підвищеним ризиком (наприклад: опромінювання, отрути, вибухові речовини) або з небезпечною зоною? Детальні відомості:
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи піддаєтесь Ви на робочому місці або у вільний від роботи час особливій небезпеці (наприклад: як водолаз, гонщик, водій, пілот, скелелаз або дельтапланерист)? Детальні відомості:
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи маєте Ви інші договори страхування життя чи від нещасних випадків або вже подали заяву на такий договір? Компанія: ..... Сума виплати по смерті: ..... Рік: ..... Сума по інвалідності: .....

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 вилучена 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 (застрахованої особи)	Підпис іншого з батьків застрахованої Дитини (підпис є згодою на страхування Дитини)
-------------	--	---	--





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

	Печатка прийняття	<b>5. ДЛЯ СТРАХУВАЛЬНИКА</b>
		Заява №

<b>ЗАЯВА на страхування життя з участю у резервах бонусів</b> (складова частина договору страхування життя)	Поліс №
--	---------

<b>СТРАХУВАЛЬНИК = ВІН ЖЕ 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)	Телефон: e-mail:	Професія / посада
---	---------------------	-------------------

Чи підлягає Ви оподаткуванню в Сполучених Штатах Америки? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні (Страховальник зобов'язується негайно повідомити Страховика про будь-які зміни, що можуть відбутися у зв'язку з цією інформацією).	Громадянство
---	--------------

Ідентифікаційні дані страховальника згідно законодавства з фінансового моніторингу				
1. Фінансовий стан (передбачуваний місячний дохід):	<input type="checkbox"/> до 5 000,00 грн.	<input type="checkbox"/> 5 000,00 – 10 000,00 грн.	<input type="checkbox"/> 10 000,00 – 30 000,00 грн.	<input type="checkbox"/> Більше 30 000,00 грн.
2. Мета та характер майбутніх ділових відносин:	<input type="checkbox"/> Постійні відносини	<input type="checkbox"/> 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:				
<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> 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 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 асамблей, 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.

**УМОВИ ДОГОВОРУ**

Програми: <input type="checkbox"/> ЮНІОР ЕКСТРА <input type="checkbox"/> ГРАВЕ МАГІСТР	Вік	Строк	Початок (день/міс./рік) 01 / /	Страхова сума	Страховий платіж
---	-----	-------	-----------------------------------	---------------	------------------

Я обираю валютою страхування: <input type="checkbox"/> UAH <input type="checkbox"/> USD	Страхова сума за пакетом «нещасний випадок» Тарифи UTZ + U1100	<b>ЛИШЕ ДЛЯ ЮНІОР ЕКСТРА</b>			+ Платіж за пакет «нещасний випадок» (Лише для Юніор Екстра)
	<input type="checkbox"/> UAH 2 5000 (платіж UAH 75)	<input type="checkbox"/> UAH 50 000 (платіж UAH 150)			
	<input type="checkbox"/> USD 5 000 (платіж USD 15)	<input type="checkbox"/> USD 10 000 (платіж USD 30)			

ДИТИНА застрахована за тарифом U1100 на суму, що дорівнює СТРАХОВІЙ СУМІ	Порядок сплати страхового платежу: щорічно	Збільшення першого страхового платежу на 50 UAH або 10 USD
--	--	--

Вигодонабувач - ДИТИНА (П.І.Б., дата народження, адреса):	= Сума першого платежу
	= Сума першого платежу в UAH

**ЗАПИТАННЯ про дитину (Будь ласка, поставте відмітки та дайте детальне пояснення, якщо відповідь «ТАК»)**

	ні	так	
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи страждає Дитина на цей час розладами здоров'я (захворювання, травми)? Якими? З якого часу?
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Вживає чи вживала Дитина будь-які наркотичні речовини? Чи приймає Дитина ліки регулярно? Які? Коли востаннє? Доза? Причина?
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Протягом останніх 5 років чи зверталась Дитина до лікаря, чи перебувала на лікуванні або під лікарським наглядом, під наглядом у психіатра та ін. (наприклад: із приводу хвороби серця, шлунку, нирок, жовчного міхура, нервової системи, цукр, діабету, кров'яного тиску, раку, інвалідності тощо)? Коли? Чому? Як довго? Результат? Лікувальний заклад, лікуючий лікар:
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи перебувала Дитина за останні 5 років у лікарні більше 4 тижнів?
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи переносила Дитина операцію або лікування із застосуванням радіоактивних матеріалів, радіотерапії, хіміотерапії? Чи піддавалась Дитина опроміненню?
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи проходила Дитина перевірку на СНІД?
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи займається Дитина небезпечними видами спорту (наприклад: як водолаз, гонщик, водій, пілот, скелелаз або дельтапланерист)? Детальні відомості:

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

	ні	так	
1a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи страждаєте Ви на цей час розладами здоров'я (захворювання, травми)? Якими? З якого часу?
1b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи обмежена Ваша працездатність? Чому?
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи маєте Ви сімейного лікаря? Якщо так, то вкажіть його П.І.Б. та точну адресу.
3			Будь ласка, вкажіть Ваші параметри: Зріст .....см. Вага ..... кг.
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Вживаєте чи вживали Ви будь-які наркотичні речовини? Чи приймаєте Ви ліки регулярно? Які? Коли востаннє? Доза? Причина?
5	<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)? Коли? Чому? Як довго? Результат? Лікувальний заклад, лікуючий лікар:
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи перебували Ви за останні 5 років у стані непрацездатності внаслідок погіршення здоров'я більше 4 тижнів?
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи перенесли Ви операцію або лікування із застосуванням радіоактивних матеріалів, радіотерапії, хіміотерапії? Чи піддавались Ви опроміненню?
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи проходили Ви перевірку на СНІД?
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи пов'язана Ваша професія з підвищеним ризиком (наприклад: опромінювання, отрути, вибухові речовини) або з небезпечною зоною? Детальні відомості:
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи піддаєтесь Ви на робочому місці або у вільний від роботи час особливій небезпеці (наприклад: як водолаз, гонщик, водій, пілот, скелелаз або дельтапланерист)? Детальні відомості:
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Чи маєте Ви інші договори страхування життя чи від нещасних випадків або вже подали заяву на такий договір? Компанія: ..... Сума виплати по смерті: ..... Рік: ..... Сума по інвалідності: .....

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 вилучена 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 (застрахованої особи)	Підпис іншого з батьків застрахованої Дитини (підпис є згодою на страхування Дитини)
-------------	--	---	--

«ЮНІОР ЕКСТРА»	— тарифи GX-3+UI100 (для дитини)+ пакет «нешасний випадок» за бажанням (UTZ+UI100)	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
«ГРАВЕ МАГІСТР»	— тарифи GX-5S+UTZ+UI50P+UI100+UI100 (для дитини)	
GX-3	Страхування життя на твердо встановлений строк з участю у резервах бонусів з незмінною страховою премією, що сплачується протягом всього строку страхування або за короткий період.	
GX-5S	Страхування життя на випадок смерті і дожиття з участю у резервах бонусів з незмінною страховою премією, що сплачується протягом всього строку страхування або за короткий період, і диференційованою страховою сумою на випадок смерті.	
UTZ	Додаткове страхування на випадок смерті від нещасного випадку.	
UI50P	Додаткове страхування на випадок тривалої інвалідності від 50% внаслідок нещасного випадку зі звільненням від сплати страхових премій.	
UI100	Додаткове страхування на випадок повної тривалої інвалідності внаслідок нещасного випадку.	

**СТРАХУВАЛЬНИК та ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА — одна й та ж сама особа.**

**ДИТИНА застрахована за тарифом UI100.**

**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 ЮНІОР ЕКСТРА**

Страхувальник: жінка 30 років  
 Дитина: 3 роки  
 Строк дії договору: 15 років  
 Страхова сума: 78 989 UAH  
 Премія: 5 000 UAH

**Приклад**

Скінчилось років	Викупна сума	Резерв бонусів	Сума, що виплачується у випадку смерті (в тому числі бонуси)	Скінчилось років	Викупна сума	Резерв бонусів	Сума, що виплачується у випадку смерті (в тому числі бонуси)
1	0	0	45 614	9	37 638	15 512	77 938
2	3 728	15	47 453	10	43 238	21 095	86 018
3	8 167	425	49 761	11	49 075	27 918	95 438
4	12 788	1 295	52 604	12	55 165	36 158	106 378
5	17 393	2 699	56 061	13	61 508	46 017	119 046
6	22 156	4 721	60 217	14	68 128	57 723	133 673
7	27 109	7 456	65 172	15	75 039	77 988	156 977
8	32 267	11 012	71 037				

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**

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.
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. Неповне та недостовірне повідомлення у цій заяві про обставини підвищеного ризику надає страховій компанії право розірвати договір страхування і відмовити у страховій виплаті при страховому випадку.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Страховий посередник не має права представництва страхової компанії, тобто не має права отримувати на ім'я або робити заяви від імені страхової компанії. Твердження страховика вважаються дійсними, якщо вони видані у письмовій формі.
8. Заявник та застрахована особа надають страховій компанії 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. Заявник підтверджує своїм підписом намір узяти на себе зобов'язання згідно з умовами, викладеними у цій заяві, а також, що він отримав копію цієї заяви.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. Цим Заявник підтверджує, що йому в порядку та обсязі, передбаченими ч. 2 ст. 12 Закону України «Про фінансові послуги та регулювання ринку фінансових послуг», Страховиком надано вичерпну інформацію щодо фінансової послуги. Заявник також підтверджує, що обізнаний з тим, що загальна інформація щодо фінансової послуги розміщена на офіційному сайті Страховика – www.grawe.ua
19. Сторони цим висловлюють свою згоду на факсимільне відтворення підпису уповноваженої особи страховика на полісі та всіх додатках до нього, які становлять його невід'ємну частину, що видається заявнику. Зразок відповідного аналога втраченої особи уповноваженої особи страховика, завіреним печаткою страховика, міститься на цій Заяві.\*

\* Згідно з п. 3 ст. 207 Цивільного Кодексу України № 435-IV від 16.01.2003 р.

Зразок підпису та печатки

