

| | | | | |
|--|---|-------------------|-----------------|---|
| Дирекція та консультант № | П.І.Б. консультанта | | Одиниці загалом | |
| | Моб. тел. консультанта | | | |
|  Печатка прийняття | | СТОРІНКА 1 | | |
| | | Заява № | | |
| ЗАЯВА на пенсійне страхування / отримання ануїтетної виплати (складова частина договору страхування життя), сторінка 1 | | Поліс № | | |
| ОТРИМУВАЧ ПЕНСІЇ / АНУЇТЕТНОЇ 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 підлягаєте Ви оподаткуванню в Сполучених Штатах Америки? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні (Отримувач пенсії / ануїтетної 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): <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 | | | |  |
| 4. Чи має страхувальник статус «Е-резидента» <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так 5. Чи володіє страхувальник напряму чи опосередковано часткою в іноземній юридичній компанії: <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так 6. Чи має страхувальник статус податкового резидента іншої юрисдикції, крім України та США****: <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так !!! Якщо «ТАК» завантажте форму за допомогою QR-коду та заповніть її. | | | | |
| ОТРИМУВАЧ ПЕНСІЇ / АНУЇТЕТНОЇ ВИПЛАТИ 2 тільки для умов страхування за кодом PVX2 і PVX6 (повинен бути протилежної статі відносно статі отримувача пенсії / ануїтетної 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: <input type="checkbox"/> подружжя; <input type="checkbox"/> дитина; <input type="checkbox"/> батько/мати; <input type="checkbox"/> працівник; <input type="checkbox"/> позичальник; <input type="checkbox"/> родич _____; <input type="checkbox"/> інше _____ (вказати) | | | | |
| Чи підлягаєте Ви оподаткуванню в Сполучених Штатах Америки? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні (Отримувач пенсії / ануїтетної 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): <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 | | | |  |

| | | | |
|---|---|---|--|
| 4. Чи має страхувальник статус «Е-резидента» <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так 5. Чи володіє страхувальник напряму чи опосередковано часткою в іноземній юридичній компанії: <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так 6. Чи має страхувальник статус податкового резидента іншої юрисдикції, крім України та США****: <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так !!! Якщо «ТАК» завантажте форму за допомогою QR-коду та заповніть її. | | | |
| *національні публічні діячі - фізичні особи, які виконують або виконували протягом останніх трьох років визначені публічні функції в Україні, а саме: Президент України, Прем'єр-міністр України, члени Кабінету Міністрів України; перші заступники та заступники міністрів, керівники інших центральних органів виконавчої влади, їх перші заступники і заступники; народні депутати України; Голова та члени Правління НБУ, члени Ради НБУ; голови та судді Конституційного Суду України, Верховного Суду України та вищих спеціалізованих судів; члени Вищої правосуддя, члени Вищої кваліфікаційної комісії суддів України, члени Кваліфікаційно-дисциплінарної комісії прокурорів; Генеральний прокурор та його заступники; Голова СБУ та його заступники; Директор Національного антикорупційного бюро України та його заступники; Голова Антимонопольного комітету України та 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 правління 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 правління 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. *****дані надаються для обміну інформацією в рамках багатосторонньої угоди CRS – багатосторонньої угоди компетентних органів про автоматичний обмін інформації про фінансові рахунки. | | | |
| УМОВИ ДОГОВОРУ | | | |
| Продукт: <input type="checkbox"/> PVX0: пенсія/ануїтет на визначений строк із захистом капіталу <input type="checkbox"/> PVX2: пенсія/ануїтет на визначений строк без гарантованого періоду виплат з опцією переходу виплат до іншої особи <input type="checkbox"/> PVX6: довічна/ий пенсія/ануїтет без гарантованого періоду виплат з опцією переходу виплат до іншої особи <input type="checkbox"/> PVX9: довічна/ий пенсія/ануїтет із захистом капіталу | Страхова сума по закінченні строку дії договору страхування | Основна пенсія/ануїтет | |
| | | Бонусна пенсія/ануїтет | |
| | Початок виплати (день/міс./рік) 01 / / | Загальний розмір пенсії/ануїтету в USD | |
| <input type="checkbox"/> UAH <input type="checkbox"/> USD з оплатою в USD <input type="checkbox"/> USD з оплатою в UAH | Порядок виплати пенсії/ануїтету: <input type="checkbox"/> щомісяця <input type="checkbox"/> щокварталу <input type="checkbox"/> раз на півріччя <input type="checkbox"/> раз на рік | Загальний розмір пенсії/ануїтету в UAH | |
| Строк виплати пенсії/ануїтету для умов страхування за кодом 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 | | | |
| Вигодонабувач/чі по випадку смерті (П.І.Б., дата народження, адреса) тільки для тарифів PVX0 та PVX9: | | | |
| Я підтверджую отримання копії цієї заяви, ознайомлення з інформацією на звороті заяви та згоду із Заключними роз'ясненнями. Я ознайомлений та згодний з положеннями Загальних умов страхового продукту ПрАТ «ГРАВЕ УКРАЇНА Страхування життя» та умовами обраного мною продукту страхування. Мені також відомо, що я не можу достроково припинити дію договору пенсійного страхування/отримання ануїтетної виплати. | | | |
| Місце, дата | Підпис консультанта (засвідчує дійсність підписів отримувача пенсії / ануїтетної виплати 1 та отримувача пенсії / ануїтетної виплати 2, а також здійснення їх верифікації та ідентифікації) | Підпис отримувача пенсії / ануїтетної виплати 1 | Підпис отримувача пенсії / ануїтетної виплати 2 (тільки для тарифів PVX2 і PVX6) |

Заява № _____

Поліс № _____

 ЗАЯВА на пенсійне страхування / отримання ануїтетної виплати
 (складова частина договору страхування життя), сторінка 2

ЗАПИТАННЯ до отримувача пенсії / ануїтетної 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"/> | 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? _____ Як довго? _____ Чому _____ Результат? _____ Лікувальний заклад, лікуючий лікар: _____ |
| 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Чи перенесли Ви операцію або лікування із застосуванням радіоактивних матеріалів, радіотерапії, хіміотерапії? Чи піддавались Ви опроміненню? Коли? _____ Як довго? _____ Чому _____ Результат? _____ Лікувальний заклад, лікуючий лікар: _____ |
| 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Чи проходили Ви перевірку на СНІД? Коли? _____ Як довго? _____ Чому _____ Результат? _____ Лікувальний заклад, лікуючий лікар: _____ |

ЗАПИТАННЯ до отримувача пенсії/ ануїтетної виплати 2 (Будь ласка, поставте відмітки та дайте детальне пояснення, якщо відповідь «ТАК») тільки для умов страхування за кодом 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"/> | 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? _____ Як довго? _____ Чому _____ Результат? _____ Лікувальний заклад, лікуючий лікар: _____ |

| | ні | так | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Чи перенесли Ви операцію або лікування із застосуванням радіоактивних матеріалів, радіотерапії, хіміотерапії? Чи піддавались Ви опроміненню? Коли? _____ Як довго? _____ Чому _____ Результат? _____ Лікувальний заклад, лікуючий лікар: _____ |
| 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Чи проходили Ви перевірку на СНІД? Коли? _____ Як довго? _____ Чому _____ Результат? _____ Лікувальний заклад, лікуючий лікар: _____ |

Я підтверджую отримання копії цієї заяви, ознайомлення з інформацією на звороті заяви та згоду із Заключними роз'ясненнями. Я ознайомлений та згодний з положеннями Загальних умов страхового продукту ПрАТ «ГРАВЕ УКРАЇНА Страхування життя» та умовами обраного мною продукту страхування. Мені також відомо, що я не можу достроково припинити дію договору пенсійного страхування/отримання ануїтетної виплати.

| | | | |
|-------------|---|---|--|
| Місце, дата | Підпис консультанта (засвідчує дійсність підписів отримувача пенсії / ануїтетної виплати 1 та отримувача пенсії / ануїтетної виплати 2, а також здійснення їх верифікації та ідентифікації) | Підпис отримувача пенсії / ануїтетної виплати 1 | Підпис отримувача пенсії / ануїтетної виплати 2 (тільки для умов страхування за кодом 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: _____

«ПЕНСІЙНИЙ ОПЦІОН після закінчення строку дії договору страхування» - код умов страхування PVX (PVX0, PVX2, PVX6, PVX9) 09.2024

| | | |
|------|---|--|
| PVX | <u>Пенсійний опціон після закінчення дії договору страхування:</u> | Зазначені у цій заяві умови пенсійного страхування/отримання ануїтетної виплати |
| PVX0 | Ануїтет на визначений строк із захистом капіталу. | приймаються Страховиком з урахуванням всіх змін, погоджених сторонами на дату відправки поліса Отримувачу пенсії / ануїтетної 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 ануїтет без гарантованого періоду виплат з опцією переходу виплат до іншої особи. | |
| PVX9 | Довічний ануїтет із захистом капіталу. | |

Заключні роз'яснення

- Якщо Заява заповнена повністю або частково не моєю рукою, підписанням цієї Заяви я підтверджую, що всі дані та умови Договору, запропоновані в Заяві, відповідають дійсності. Я підтверджую, що відповідно до вимог пп.1 ч.1 ст. 6 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» мені надано усю необхідну, повну, доступну та достовірну інформацію про фінансову та/або посередницьку послугу та про її надавача у визначеному законодавством обсязі, достатньої для прийняття мною свідомого рішення про отримання такої послуги або про відмову від її отримання. Я підтверджую, що ознайомлений з інформацією про страховий продукт (програму) та про те, що наданої інформації достатньо для прийняття усвідомленого рішення про укладення Договору страхування. 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». Я підтверджую, що Страховиком та/або Страховим посередником мені надано індивідуальну консультацію та рекомендації (пропозиції) щодо умов обраного мною страхового продукту (програми). Я підтверджую, що Страховиком та/або Страховим посередником мене було забезпечено доступною та вичерпною інформацією про страховий продукт (програму), про Страховика та Страхового посередника (якщо страховий продукт реалізується через страхового посередника), з метою прийняття мною усвідомленого рішення про укладення Договору страхування. Я підтверджую, що відповідно до вимог ч.1 та ч. 2 ст. 86 Закону України «Про страхування» Страховиком та/або Страховим посередником мені надано всю без виключення інформацію про страховий продукт (програму). Мені також відомо, що інформація про страховий продукт, у тому числі інформаційний документ про стандартний страховий продукт, надається розміщена на веб-сайті Страховика за посиланням <https://www.grawe.ua/life/informacija-pro-strakhovii-produkt/>.
- Згідно цієї Заяви я надаю попередню згоду Страховикові не надсилати мені разом із Полісом відповідну переддоговірну інформацію і документи, оскільки їх були отримано мною до/під час складання даної Заяви (п. 1 Заключних роз'яснень даної Заяви).
- Тільки Заявники, які підписали цю Заяву, несуть цілковиту відповідальність за правильність та повноту вказаних даних незалежно від того, хто за них робив записи.
- Неповне та недостовірне повідомлення у цій Заяві про обставини підвищеного ризику надає Страховику право розірвати Договір страхування і відмовити у страховій виплаті при страховому випадку.
- Заповнення та підписання цієї Заяви не означає отримання страхового покриття. Договір страхування вважається укладеним після одержання Заявником страхового полісу або повідомлення про прийняття цієї Заяви; початок дії страхового покриття залежить від своєчасної сплати першої страхової премії.
- Заявнику також відомо, що Договір страхування укладається шляхом обміну документами, підписаними стороною, яка їх надсилає (згідно зі ст. 207 ЦК) і лише на засадах Загальних умов страхового продукту (програмою) ПрАТ «ГРАВЕ УКРАЇНА Страхування життя», обраного/ю Страхувальником згідно цієї Заяви (надалі – Загальні умови), які діють на час складання даної Заяви. Ці Загальні умови є невід'ємною частиною Договору страхування.
- Застрахована особа, шляхом проставляння підпису на цій Заяві, підтверджує про свою обізнаність з приводу того, що вона має статус Застрахованої особи за Договором страхування, укладеним на підставі цієї Заяви. Також, шляхом проставляння підпису на цій Заяві, Застрахована особа декларує про відсутність заперечень проти укладення Страхувальником Договору страхування.
- Заяви, а також інші побажання та повідомлення з боку Заявника, Страхувальника або Застрахованої особи щодо укладення Договору страхування або протягом терміну дії Договору страхування мають бути надіслані у страхову компанію у письмовій формі і вважаються отриманими компанією лише тоді, коли вони надійшли до головного офісу Страховика навіть у випадку, якщо вони були передані Страховому посереднику для подальшої передачі Страховикові.
- Страховий посередник не має права отримувати на ім'я або роботи Заяви від імені Страховика. Твердження Страховика вважаються дійсними, якщо вони видані у письмовій формі. Цим Заявник підтверджує, що ознайомлений та обізнаний з повною інформацією про Страхового посередника Страховика відповідно до вимог ч. 2 ст. 9 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії», яка розміщена на офіційному сайті Страховика за посиланням <https://www.grawe.ua/nashi-partneri/>.
- Заявник та Застрахована особа надають Страховику безвідкличні повноваження при необхідності робити будь-які запити у третьої сторони (лікарів, установ, органів влади) щодо обставин, які мають або мали місце (захворювання, наслідки нещасних випадків та порушення стану здоров'я у минулому, на теперішній час та в термін до закінчення страхового покриття), а також щодо інших договорів особистого страхування. Цим документом вони заздалегідь і для всіх випадків звільняють особу, яка отримала запит, від обов'язку збереження лікарської таємниці або іншої конфіденційної інформації.

- Заявник/Застрахована особа надає згоду Страховику на будь-яку обробку всіх наданих ним/нею персональних даних, включаючи і ті, що стосуються здоров'я, та які містяться в Заяві та/або отримані Страховиком від Заявника/Застрахованої особи при виконанні Договору страхування, в автоматизованих системах Страховика. Згода Заявника/ Застрахованої особи на обробку Страховиком наданих Заявником/Застрахованою особою персональних даних є безстроковою. Заявник надає згоду на та не заперечує проти передачі Страховиком персональних даних, а також інформації, що є таємницею страхування Заявника за даною Заявою та/або Договором страхування, у відповідності до чинного законодавства України, страховому посереднику Страховика/ його консультанту, визначеному згідно даної Заяви. Зокрема, але не виключно, Страховий посередник/Консультант вправі отримати адресовані Заявнику документи щодо здійснення страхової виплати.
- Цим Заявник/Застрахована особа стверджує, що його/її у встановленому законом порядку повідомлено Страховиком, що персональні дані, надані ним/нею Страховикові, було включено до автоматизованих систем Страховика, повідомлено про мету збору даних, так само як Заявника/Застраховану особу у встановленому законом порядку Страховиком повідомлено та йому/їй роз'яснено права щодо персональних даних, якими суб'єкт персональних даних наділений відповідно до діючого законодавства України.
- Приймаю на себе зобов'язання, у разі зміни інформації, наведеної в цій Заяві, у разі зміни постійного місця проживання чи податкового резидентства, фактичного роду занять або закінчення строку дії документів, на підставі яких вона заповнювалась, протягом 15 календарних днів з дня настання вказаних подій надати документи для оновлення інформації, а також надавати запитувану інформацію чи документи за першою вимогою Страховика.
- Заявник/Застрахована особа надає згоду Страховику надавати всі надані Заявником/Застрахованою особою Страховикові персональні дані як іншій страховій компанії, так і компаніям, пов'язаним зі Страховиком в Україні та за кордоном для подальшої обробки та оцінки ризику і розміру страхової виплати. Заявник/Застрахована особа також надає згоду Страховику надавати всі надані Заявником/Застрахованою особою Страховикові персональні дані державним органам за їх запитом, а також за відсутності таких запитів, але у випадках, коли Страховик зобов'язаний надавати персональні дані державним органам відповідно до діючого законодавства України.
- Страхова компанія несе відповідальність лише за кошти, надіслані на її рахунок. Ні за яких обставин страхова компанія не несе відповідальності за кошти, передані працівникам компанії або третім особам.
- Заявник підтверджує своїм підписом намір узяти на себе зобов'язання згідно із умовами, викладеними у цій Заяві. Заявнику відомо про його обов'язок повідомлення третьої особи (третьох осіб) про укладений на її (їх) користь Договору страхування у відповідності до вимог ч.ч. 2, 3 ст. 90 Закону України «Про страхування».
- Заявник погоджується з тим, що, відповідно до ст. 1.8.2 Загальних умов Страховик має право в односторонньому порядку зменшити або збільшити зазначену в Заяві страхову суму на різницю, що не перевищуватиме +/- 15 %. Змінений розмір страхової суми буде зазначений у полісі страхування.
- Заявник погоджується з тим, що Страховик має право в односторонньому порядку зменшити або збільшити зазначену у Заяві страхову суму на різницю, що не перевищуватиме +/-15 % за умови збереження розміру страхового внеску/ платежу/премії, вказаного/ої у Заяві, зокрема, у випадку виявлення у Заяві невідповідностей віку чи статі Застрахованої особи з його паспортними даними, які надаються Заявником разом із Заявою на укладання Договору страхування. Страхова сума розраховується відповідно до обраного Заявником страхового тарифу/програми, вказаного/ої в Заяві.
- Заявник надає згоду на отримання ним СМС-повідомлень від Страховика будь-якої тематики, що не порушує норм діючого законодавства України, не суперечить їм, та у будь-який час як у робочі, так і у вихідні та святкові дні.
- Заявник підтверджує, що його ознайомлено із порядком оподаткування страхових виплат та викупних сум, який розміщено на веб-сторінці на власному веб-сайті Страховика за посиланням: <https://www.grawe.ua/life/informacija-pro-finansovu-ustanovu/>.
- Заявник підтверджує, що при складанні даної Заяви ним не отримані додаткові чи супутні послуги Страховика та/або третіх осіб, пов'язані з укладанням Договору страхування. Заявнику відомо, що Договір страхування, що підлягає укладанню із Страховиком, не є додатковим договором щодо отримання інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими. Заявник також підтверджує, що він володіє інформацією та розуміє, що додаткові чи супутні послуги Страховика та/або третіх осіб, пов'язані з укладанням Договору страхування, також не будуть отримані ним у майбутньому, після укладання Договору страхування.
- Заявник підтверджує, що йому відомо, що порядок розгляду звернень споживачів Страховиком, уключаючи інформацію про уповноважені державні органи (уключаючи 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/life/informacija-pro-finansovu-ustanovu/>.
- Заявник підтверджує, що при складанні даної Заяви йому надано інформацію про Страховика, передбачену ст. 87 Закону України «Про страхування», яка, в тому числі, розміщена на власному веб-сайті Страховика за посиланням: <https://www.grawe.ua/rozkrittja-informacii/>.
- Заявник підтверджує, що йому відомо, що Загальні умови, відповідно до яких укладається Договір страхування, та які є чинними станом на дату складання цієї Заяви, що містять назву та дату початку дії Загальних умов, реквізити внутрішнього документа Страховика, яким вони затверджені (дата, номер), розміщено на власному веб-сайті Страховика за посиланням: <https://www.grawe.ua/rozkrittja-informacii/life/zagalni-umovi-strakhovogo-produktu/>.
- 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.