Дирекція та субагент №	П.І.Б. субагента	Одиниці загалом
РНОКПП субагента	Моб. субагента	
Адреса субагента		

ТОВ «ОВБ Алфінанц Україна», Код ЄДРПОУ: 34965580
Адреса: м. Київ, 04112 Україна, вул. Дегтярівська, буд. 62, оф. 45
Телефон: +380 44 4928777 Веб-сайт: www.ovb.ua

Печатка прийняття

СТОРІНКА 1
Квитанція №
Заява №
Поліс №

ЗАЯВА на страхування життя з участю у резервах бонусів
(складова частина договору страхування життя), сторінка 1

СТРАХУВАЛЬНИК	☐ фірма ☐ пан ☐ пані	Дата народження	Сімейний стан	Ідентифікаційний код / Код ЄДРПОУ
Прізвище / Найменування	Ім'я	По батькові		Паспорт (серія, №)
Поштовий індекс	Місто	Область		Район
Вулиця, будинок, квартира (фактичне місце проживання)				Професія / посада
Телефон:	e-mail:			

Ідентифікаційні дані страхувальника згідно законодавства з фінансового моніторингу
1. Фінансовий стан (передбачуваний місячний дохід): ☐ до 5 000,00 грн. ☐ 5 000,00 – 10 000,00 грн. ☐ 10 000,00 – 30 000,00 грн. ☐ Більше 30 000,00 грн.
2. Мета та характер майбутніх ділових відносин: ☐ Постійні відносини ☐ Одноразова операція
3. Я є національним* або іноземним** публічним діячем; діячем, що виконує політичні функції в міжнародних організаціях***, або пов'язаною з ними особою****. Якщо «так», вказати дані про діяча (П.І.Б., громадянство, публічні функції), джерело походження коштів або зазначити відповідний публічний інформаційний ресурс, та ознаку пов'язаності з такими особами: ☐ Ні ☐ Так

4. Чи має страхувальник статус «Е-резидента» ☐ Ні ☐ Так
5. Чи володіє страхувальник напряму чи опосередковано часткою в іноземній юридичній компанії: ☐ Ні ☐ Так
6. Чи має страхувальник статус податкового резидента іншої юрисдикції, крім Україна та США*****: ☐ Ні ☐ 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 посли; 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 посли, 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.
*****дані надаються для обміну інформацією в рамках багатосторонньої угоди CRS – багатосторонньої угоди компетентних органів про автоматичний обмін інформації про фінансові рахунки.

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

Відношення до Страхувальника:
☐ та сама особа; ☐ подружжя; ☐ дитина; ☐ батько/мати; ☐ працівник; ☐ позичальник;
☐ родич _____; ☐ інше _____ (вказати)

УМОВИ ДОГОВОРУ

Продукти: ☐ СЕП ☐ ГСЕП ☐ ГСЕП-ЕКОНОМ ☐ ГРАВЕ УНІВЕРСАЛ ☐ ІНВЕСТ ПЛАН ☐ ІНВЕСТ ПЛАН ПЛЮС ☐ ГРАВЕ КЛАСИК	Вік	Строк страхового покриття	Початок (день/міс./рік) 01 / /	Страховий платіж

Я обираю валютою страхування:	ЛИШЕ ДЛЯ СЕП і ГСЕП:	+ Платіж за пакет «нещасний випадок» (Лише для Граве Універсал)
☐ UAH ☐ USD з оплатою в USD ☐ USD з оплатою в UAH	UAH Страхова сума за страховим продуктом RXZ становить **15 000 UAH** USD Страхова сума за страховийм продуктом RXZ становить **USD 2 000**, якщо премія менша **USD 500**, або **USD 3 000**, якщо премія дорівнює або перевищує **USD 500**	Збільшення першого страхового платежу на **50 UAH** або **10 USD**

Страхова сума за пакетом «нещасний випадок» страховий продукт UTZ + UI100	ЛИШЕ ДЛЯ ГРАВЕ УНІВЕРСАЛ ☐ **UAH 2 5000 (платіж UAH 75)** ☐ **UAH 50 000 (платіж UAH 150)** ☐ **USD 5 000 (платіж USD 15)** ☐ **USD 10 000 (платіж USD 30)**	Страхова сума	= Сума першого платежу в USD
Вигодонабувач/чі по випадку смерті (П.І.Б., дата народження, адреса):			= Сума першого платежу в UAH
Вигодонабувач/чі по випадку дожиття (П.І.Б., дата народження, адреса):			**Порядок сплати страхового платежу: щорічно**

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

		ні	так	
1a	Чи страждаєте Ви на цей час розладами здоров'я (захворювання, травми)?	☐		Якими? З якого часу?
1b	Чи обмежена Ваша працездатність?	☐	☐	Чому?
2	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.

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 у випадку дострокового припинення договору страхування виплачується зазначена у полісі викупна сума, а не сплачені страхові платежі.

Місце, дата	Підпис субагента (засвідчує дійсність підписів страхувальника та застрахованої особи, а також здійснення їх верифікації та ідентифікації)	Підпис страхувальника	Підпис застрахованої особи (якщо вона не є страхувальником)

ТОВ «ОВБ Алфінанц Україна», Код ЄДРПОУ: 34965580
Адреса: м. Київ, 04112 Україна, вул. Дегтярівська, буд. 62, оф. 45
Телефон: +380 44 4928777 Веб-сайт: www.ovb.ua

ГРАВЕ УКРАЇНА Страхування життя

Печатка прийняття

СТОРІНКА 2

Квитанція №

Заява №

Поліс №

ЗАЯВА на страхування життя з участю у резервах бонусів
(складова частина договору страхування життя), сторінка2

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

		ні	так	
4	Вживаєте чи вживали Ви будь-які наркотичні речовини? Чи приймаєте Ви ліки регулярно?	☐	☐	Які? Коли востаннє? Доза? Причина?
5	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	Чи перебували Ви за останні 5 років у стані непрацездатності внаслідок погіршення здоров'я більше 4 тижнів?	☐	☐	Коли? _____ Як довго? _____ Чому _____ Результат? _____ Лікувальний заклад, лікуючий лікар: _____
7	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: _____
8	Чи проходили Ви перевірку на СНІД?	☐	☐	Коли? _____ Як довго? _____ Чому _____ Результат? _____ Лікувальний заклад, лікуючий лікар: _____
9	Чи пов'язана Ваша професія з підвищеним ризиком (наприклад: опромінювання, отрути, вибухові речовини) або з небезпечною зоною?	☐	☐	Детальні відомості:
10	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	Чи маєте Ви інші договори страхування життя чи від нещасних випадків або вже подали заяву на такий договір?	☐	☐	Рік: ..... Компанія: ..... Сума виплати по смерті: ..... Сума по інвалідності: .....

ЗАПИТАННЯ до страхувальника-фізичної особи (Будь ласка, поставте відмітки та дайте відповідь на поставленні запитання)

		ні	так	
1	Чи підлягаєте Ви оподаткуванню в Сполучених Штатах Америки?	☐	☐	Страхувальник зобов'язується негайно повідомити страховика про будь – які зміни, що можуть відбутися у зв'язку з цією інформацією.
2	Громадянство			

ЗАПИТАННЯ до страхувальника-юридичної особи (Будь ласка, поставте відмітки та дайте відповідь на поставленні запитання)

		ні	так	
1	Чи є страхувальник фінансовою установою (наприклад банком, страховиком, інвестиційною компанією) відповідно до положень закону США «Про подат-ковий статус іноземних рахунків» (Foreign Account Tax Compliance Act)?	☐	☐	Якщо відповідь "ТАК", будь ласка, вкажіть Глобальний ідентифікаційний номер посередника (Global Intermediary Identification Number):
2	Страхувальник підтверджує, що серед осіб, які прямо або опосередковано володіють 10% та більше статутного капіталу компанії страхувальника, відсутні резиденти США. Страхувальник також підтверджує, що компанія страхувальника не є резидентом США та не була заснована в США чи згідно законодавства США. Страхувальник зобов'язується негайно інформувати страховика про будь-які зміни, що можуть відбутися у зв'язку з цією інформацією.	☐	☐	Якщо відповідь "НІ", будь ласка, вкажіть ім`я та дату народження резидентів США, які володіють 10% або більше: ....
3	Який основний вид господарської діяльності страхувальника?			

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 у випадку дострокового припинення договору страхування виплачується зазначена у полісі викупна сума, а не сплачені страхові платежі.

Місце, дата	Підпис субагента (засвідчує дійсність підписів страхувальника та застрахованої особи, а також здійснення їх верифікації та ідентифікації)	Підпис страхувальника	Підпис застрахованої особи (якщо вона не є страхувальником)

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:_____

06.2025

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

ЗАПРОПОНОВАНІ ВАРІАНТИ СТРАХОВИХ ПРОДУКТІВ

«СЕП» — страховий продукт зі складовими умовами страхування за кодом GX-5S+RXZ+UTZ+UI50P+UI100

«ГСЕП» — страховий продукт зі складовими умовами страхування за кодом GX-5S+RXZ+UTZ+UI50P+UI100 для групи осіб

«ГСЕП-ЕКОНОМ» — страховий продукт зі складовими умовами страхування за кодом GX-5S+UTZ+UI50P+UI100 для групи осіб

«ГРАВЕ УНІВЕРСАЛ» — страховий продукт зі складовими умовами страхування за кодом GX-3+пакет «нещасний випадок» за бажанням (UTZ+UI100)

«ІНВЕСТ ПЛАН» — код умов страхування GX-5S

«ІНВЕСТ ПЛАН ПЛЮС» — код умов страхування GX-11

«ГРАВЕ КЛАСИК» — страховий продукт зі складовими умовами страхування за кодом GX-1+UTZ+UI100+UI50P

GX-1 Страхування життя на випадок смерті і дожиття з участю у резервах бонусів з незмінною страховою премією, що сплачується протягом всього строку страхування або за коротший період.

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 коротший 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 коротший період, і диференційованою страховою сумою на випадок смерті.

GX-11 Страхування життя з участю у резервах бонусів на випадки смерті і дожиття з одноразовою сплатою страхової премії.

UTZ Додаткове страхування на випадок смерті від нещасного випадку.

RXZ Додаткове страхування ризику смерті на визначений строк на обумовлену страхову суму при сплаті страхової премії протягом усього строку страхування.

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.

ВИКУПНА СУМА

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

таблиця приблизних викупних сум, приблизного резерву бонусів та виплат у випадку смерті за програмою ГРАВЕ УНІВЕРСАЛ

Вік вступу: 30 років
Строк дії договору: 15 років
Стать: жіноча
Страхова сума: **80 257 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**	**46,345.26**	**9**	**38,250.49**	**13,501.60**	**76,928.29**
2	**3,788.13**	**13.68**	**48,212.75**	**10**	**43,940.71**	**18,291.79**	**84,255.55**
3	**8,298.57**	**378.12**	**50,505.16**	**11**	**49,871.70**	**24,114.52**	**92,716.83**
4	**13,001.63**	**1,147.52**	**53,279.64**	**12**	**56,051.49**	**31,108.66**	**102,455.06**
5	**17,680.62**	**2,382.98**	**56,600.38**	**13**	**62,496.13**	**39,430.42**	**113,630.68**
6	**22,512.09**	**4,153.45**	**60,539.55**	**14**	**69,221.66**	**49,254.80**	**126,423.07**
7	**27,544.20**	**6,536.66**	**65,178.20**	**15**	**76,244.15**	**66,565.77**	**146,820.77**
8	**32,793.01**	**9,619.98**	**70,607.18**				

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. 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/.
2. 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).
3. Тільки Заявники, які підписали цю Заяву, несуть цілковиту відповідальність за правильність та повноту вказаних даних незалежно від того, хто за них робив записи.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Страховий посередник не має права отримувати на ім'я або робити Заяви від імені Страховика. Твердження Страховика вважаються дійсними, якщо вони видані у письмовій формі. Цим Заявник підтверджує, що ознайомлений та обізнаний з повною інформацією про Страхового посередника Страховика відповідно до вимог ч. 2 ст. 9 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії», яка розміщена на офіційному сайті Страховика за посиланням https://www.grawe.ua/nashi-partneri/.
10. 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.
11. 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 субагенту, визначеному згідно даної Заяви. Зокрема, але не виключно, Страховий посередник/Субагент вправі отримати адресовані Заявнику документи щодо здійснення страхової виплати.
12. 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.
13. 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.
14. 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 запитами, а також за відсутності таких запитів, але у випадках, коли Страховик зобов'язаний надавати персональні дані державним органам відповідно до діючого законодавства України.
15. 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.
16. 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 (третіх осіб) про укладений на її (їх) користь Договору страхування у відповідності до вимог ч.ч. 2, 3 ст. 90 Закону України «Про страхування».
17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. 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/.
21. 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.
22. 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/.
23. 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-informaciji/.
24. 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-informaciji/life/zagalni-umovi-strakhovogo-produktu/.
25. 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.