

Страховик: ПрАТ «МетЛайф»|www.metlife.ua|office@metlife.ua
Актуальні реєстраційні дані та страхові ліцензії НБУ:
kis.bank.gov.ua, пошук за кодом ЄДРПОУ 32109907|
вул. Жилинська, 110, м. Київ, 01032|тел.: +38 044 494 1343|
ЄДРПОУ 32109907 | UA483510050000026505502136200|АТ «Укрсиббанк»

ДОДАТОК ДО ЕЛЕКТРОННОЇ ЗАЯВИ ПРО СТРАХУВАННЯ

Цей Додаток до електронної Заяви про страхування є підтвердженням мого наміру укласти Договір Страхування на умовах, викладених у електронній версії відповідної Заяви про страхування за тими ж номерами. Підтверджую, що повну версію Заяви про страхування заповнено мною/у моїй присутності, та надаю згоду на її існування виключно у електронній формі, що зберігатиметься Страховиком. Цим підтверджую достовірність викладених у повній версії Заяви про страхування даних, декларацій, заяв та погоджень.

СТРАХУВАЛЬНИК

Страховальник - фізична особа

Прізвище/ Ім'я / По батькові:

Дата нар-ня:

Місце нар-ня (нас. пункт, країна):

Паспорт:

РНОКПП:

Фактична адреса проживання:

Інші країни податкового резидентства та податковий номер (не Україна):

Страховальник - юридична особа

Назва юр. особи:

ЄДРПОУ:

ІВАН:

у банку:

Юр. адреса:

Поштовий індекс:

Тел. юр. особи:

E-mail:

Уповноважена особа: Прізвище/ Ім'я / По батькові:

Посада:

Телефон:

ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА (якщо не є Страховальником)

Відношення до Страховальника: та сама особа; інше _____

Прізвище/ Ім'я / По батькові:

Дата нар-ня:

Місце нар-ня (нас. пункт, країна):

Паспорт:

РНОКПП:

СТРАХОВА ПРЕМІЯ

Заява про страхування № _____, _____ грн.

Заява про страхування № _____, _____ грн.

ПЕРІОДИЧНІСТЬ СПЛАТИ: А – річна; S - піврічна (А x 0,52); Q - квартальна (А x 0,26); одноразова

Підписуючи даний Додаток до електронної Заяви про страхування, підтверджую, що я:

1. Ознайомився/лась, розумію та погоджуюся із Загальними Умовами ПрАТ «МетЛайф» за класом страхування 19 «Страхування життя» (надалі – Загальні Умови). Погоджуюсь із необхідністю ознайомитися з умовами Страхового Поліса після його отримання, перевірити коректність даних та їх відповідність Заяві про страхування.

2. Надаю свою згоду викласти пункти 5-9 Заяви про страхування в наступній редакції та підтверджую, що ознайомлений та згоден з ними:

5. ІНФОРМАЦІЯ ДЛІЯ СТРАХУВАЛЬНИКА

5.1. Страхові послуги надаються ПрАТ «МетЛайф» (надалі – Страховик), ЄДРПОУ 32109907, місцезнаходження: 01032, м. Київ, вул. Жилянська, 110, веб-сайт www.metlife.ua. Діяльність з реалізації Страхових Продуктів за цим Договором Страхування здійснюється Товариство з обмеженою відповідальністю «Фінанс Партнер», ТОВ «Фінанс Партнер», ЄДРПОУ 37025429, 04119, м. Київ, вул. Зоологічна буд.4-А, оф. 139, www.finanzpartner.ua. Протягом строку дії Договору Страхування Страховий Агент може бути змінений згідно з законодавством.

5.2. Ця Заява про страхування разом зі Страховим Полісом, Загальними Умовами, Додатками, Додатковими Угодами, платіжними документами, що підтверджують сплату Страхових Премій у повному обсязі, заявами, медичними документами щодо стану здоров'я Застрахованої Особи та Страхувальника та іншими документами (якщо вони вимагаються Страховиком) є невід'ємними складовими частинами Договору Страхування, який укладається окремо за кожною із Заяв розділу 4 цієї Заяви про страхування. Обов'язково збережіть Вашу копію Заяви про страхування.

5.3. Підтвердженням прийняття Страховиком умов страхування, запропонованих у цій Заяві про страхування, буде Страховий Поліс. Додаткового підтвердження Страховиком прийняття заповненої Страхувальником Заяви не вимагається. У випадку, якщо протягом 90 (дев'яноста) календарних днів Ви не отримаєте Страхового Поліса, зверніться, будь ласка, до Головного офісу Страховика за тел.: +38 044 494 13 43; 0 800 305 301 або на електронну адресу: office@metlife.ua.

5.4. Страхувальник має право відмовитись від укладання Договору Страхування шляхом надання письмового повідомлення Страховику:

– протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дати випуску Страхового Поліса без пояснення причин, крім випадків, якщо Страховику повідомлено про настання події, що має ознаки Страхового Випадку.

– протягом 45 (сорока п'яти) календарних днів з дати отримання Страхового Поліса у випадку, якщо Страховий Поліс містить розбіжності із Заявою про страхування.

5.5. Страхувальник має право одноразово внести зміни до умов Договору Страхування, якщо Страховий Поліс містить розбіжності із Заявою про страхування протягом 90 (дев'яноста) календарних днів з дати випуску Страхового Поліса крім випадків, якщо

Страховику повідомлено про настання події, що має ознаки Страхового Випадку.

5.6. Надаю згоду на те, що у разі припинення дії Договору Страхування або набуття ним статусу Сплаченого, Страховик має право відкласти виплату належних Страхувальнику сум на строк, який не перевищує 6 (шість) місяців з належної дати сплати чергової Страхової Премії.

5.7. В разі, якщо Застрахована Особа та Страхувальник за Договором Страхування, укладеним за цією Заявою про страхування, є різними особами, то у випадку смерті Застрахованої Особи, дія Договору Страхування припиняється, включаючи всі Стандартні Страхові Продукти, що надавалися Страхувальнику.

5.8. Порядок врегулювання спірних питань між Сторонами здійснюється відповідно до Положення про розгляд скарг та звернень Страховика, яке є частиною Загальних Умов, чинних на дату підписання Заяви про страхування, та розміщених на веб-сайті Страховика. В разі неможливості врегулювання спірних питань позасудовим шляхом, спір вирішується у суді відповідної юрисдикції.

5.9. Сплата Страхувальником чергової Страхової Премії означатиме одержання пропозицій Страховика щодо внесення змін до Договору Страхування, придбання Стандартних Страхових Продуктів, їх розуміння, погодження зі всіма умовами страхування, повне і безумовне прийняття одержаної пропозиції та не потребує додаткового погодження з боку Страхувальника/Застрахованої Особи.

5.10. При обслуговуванні Договорів Страхування Страховиком можуть залучатися компанії-партнери.

5.11. Банківські реквізити Страховика зазначені у бланку квитанції на сплату першої Страхової Премії, який додається до Заяви про страхування. Інформація щодо зміни банківських реквізитів Страховика розміщується на його веб-сайті та повідомляється Страхувальнику шляхом надсилання на його електронну пошту квитанції для сплати чергової Страхової Премії з оновленими реквізитами.

6. ДЕКЛАРАЦІЯ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ

6.1. Я погоджуюсь бути Застрахованою Особою за Договором Страхування, укладеним за цією Заявою про страхування.

6.2. Усвідомлюю, що всі дані у цій Заяві про страхування мають істотне значення для оцінки Страхового Ризику, тому, згідно з Законом України «Про страхування», подання неправдивих відомостей в цій Заяві про страхування є підставою для відмови Страховика у здійсненні Страхових Виплат. Підтверджую, що не маю інших захворювань, крім тих, що наведені в цій Заяві про страхування.

6.3. Я погоджуюсь з тим, що будь-які дані про мою особу, вказані у цій Заяві про страхування, враховуючи будь-які інші заяви, адресовані у письмовій формі Страховику або медичній установі (закладу), уповноваженій Страховиком проводити медичне обстеження, є складовою частиною Договору Страхування.

6.4. Підписанням цієї Заяви про страхування надаю Страховику право звертатись та отримувати будь-яку інформацію про мене та, необхідну для оцінки Страхового Ризику та визначення обставин або наслідків події, що може бути визнана Страховим Випадком, включаючи (але не обмежуючись) інформацію щодо перенесених захворювань, перебування в лікарні/медичному закладі/установі щодо лікувальних або діагностичних процедур. Цим також уповноважую медичні установи та заклади, органи державної влади, заклади судово-медичної експертизи, страхові компанії, інші юридичні або фізичні особи, які володіють такою інформацією, надавати таку інформацію Страховику. Копія такого уповноваження має таку саму чинність, як оригінал.

6.5. Підтверджую, що на момент підписання цієї Заяви про страхування я не маю ознак належності до США. В мене немає телефонного номера США, адреси або банківського рахунку в США, довіреності в США, паспорта громадянина США, номера соціального страхування. Я не є власником зеленої карти США. У випадку зміни громадянства Страхувальника, Застрахованої Особи та/або Вигодонабувачів на громадянство США, зобов'язуюсь повідомити про це Страховика протягом 30 календарних днів. Подання недостовірної інформації про громадянство США/платника податків США переслідується законодавством США.

7. ДЕКЛАРАЦІЯ СТРАХУВАЛЬНИКА

7.1. Я, виступаючи Страхувальником, прошу Страховика укласти Договір Страхування з метою отримання страхового захисту за Стандартними Страховими Продуктами та з відповідними Страховими Сумами, зазначеними у розділах 4.1. та/або 4.2. цієї Заяви про страхування. Усвідомлюю, що всі дані у цій Заяві про страхування мають істотне значення для оцінки Страхового Ризику, тому, згідно з Законом України «Про страхування», подання неправдивих відомостей в цій Заяві про страхування є підставою для відмови Страховика у здійсненні Страхових Виплат. Підтверджую, що не маю інших захворювань, крім тих, що наведені в цій Заяві про страхування.

7.2. Мені було надано безоплатну індивідуальну консультацію щодо умов Стандартних Страхових Продуктів, та рекомендації, який Страховий Продукт максимально відповідатиме моїм вимогам та потребам у страхуванні. В процесі надання безоплатної індивідуальної консультації мені надано пропозицію з різними процентними ставками, на підставі яких буде визначено розмір майбутніх Страхових Сум та/або Страхових Виплат, включених до такої пропозиції. Я чітко повідомлений та розумію, що такий розрахунок є лише розрахунковою моделлю, заснованою на припущеннях, і не може бути підставою для здійснення Страхових

Виплат у разі настання Страхового Випадку за Договором Страхування.

7.3. Підтверджую, що я ознайомлений з інформацією про Страховика, Стандартні Страхові Продукти та Страхового Агента, яка розміщена на веб-сайті Страховика, крім інформації з обмеженим доступом. Страховий Агент, який є фізичною особою/фізичною особою-підприємцем, надав мені інформацію щодо своїх паспортних даних, РНОКПП та місця знаходження. Надана інформація є повною, доступною, вичерпною, достовірною та достатньою для прийняття мною усвідомленого рішення про укладення Договору Страхування. Мною обрано Стандартні Страхові Продукти, що відповідають моїм вимогам і потребам у страхуванні. Я враховую власні можливості щодо виконання взятих на себе зобов'язань щодо сплати Страхових Премій протягом строку дії Договору Страхування.

7.4. Я розумію і погоджуюсь з тим, що на підставі оцінки ризиків Договір Страхування може бути укладений на умовах, які відрізняються від тих, що викладені мною в цій Заяві про страхування, а саме: без надання страхового покриття або зі зміною розміру Страхових Сум за окремими Стандартними Страховими Продуктами з відповідною зміною розміру Страхової Премії. Також погоджуюсь з можливим відхиленням загальної Страхової Премії в межах +/- 10 грн, якщо Страхові Суми за Стандартними Страховими Продуктами

залишилися без змін. Я погоджуюсь із тим, що перелік Стандартних Страхових Продуктів, розмір Страхової Суми, Страхової Премії та Страховий Тариф за кожним зі Стандартних Страхових Продуктів буде остаточно зазначено у Страховому Полісі.

7.5. Мене ознайомлено з інформацією щодо правових наслідків та порядку здійснення розрахунків у разі дострокового припинення дії Договору Страхування.

7.6. Я розумію і погоджуюсь з тим, що повідомлення про Негарантований бонус та про результати участі у прибутках Страховика (у разі їх наявності) будуть надсилатися один раз на рік у письмовій формі на електронну або поштову адресу Страхувальника.

7.7. Мене проінформовано про те, що розмір Страхової Виплати або Викупної Суми може бути зменшеним внаслідок виникнення податкових зобов'язань та про те, що порядок сплати податків і зборів щодо виплат за Договором Страхування визначається відповідно до Податкового кодексу та інших нормативно-правових актів України. Мене ознайомлено з інформацією щодо порядку сплати податків і зборів шляхом її розміщення на веб-сайті Страховика.

7.8. Надаю Страховику право звертатись та отримувати будь-яку інформацію про мене, необхідну для оцінки Страхового Ризику та визначення обставин або наслідків події, що може бути визнана Страховим Випадком, включаючи (але не обмежуючись) інформацію щодо перенесених захворювань, перебування в лікарні/медичному закладі/установі щодо

лікувальних або діагностичних процедур. Цим також уповноважую медичні установи та заклади, органи державної влади, заклади судово-медичної експертизи, страхові компанії, інші юридичні або фізичні особи, які володіють такою інформацією, надавати таку інформацію Страховику. Копія такого уповноваження має таку саму чинність, як оригінал.

7.9. Надаю право Страховику надсилати матеріали інформаційного та рекламного змісту, а також пропозиції щодо збільшення Страхової Суми, придбання Стандартних Страхових Продуктів Страховика та рахунки на сплату Страхової Премії за такими Стандартними Страховими Продуктами. Сплата рахунку означатиме отримання мною пропозиції Страховика, її розуміння, повне і безумовне прийняття мною такої пропозиції.

7.10. Погоджуюсь з тим, що Страховик може надсилати матеріали інформаційного та рекламного змісту з пропозиціями від компаній-партнерів Страховика, які можуть становити для мене інтерес, та даю свою згоду на надання моїх персональних даних партнерам Страховика, які можуть надсилати матеріали інформаційного та рекламного змісту з пропозиціями.

7.11. Даю Страховику згоду на передачу даних за Договором страхування банкам-партнерам Страховика та підрядникам Страховика. Банки-партнери Страховика також можуть передавати дані своїм підрядникам. Підрядники Страховика і банків-партнерів можуть виконувати роботи щодо організацій кампаній через засоби цифрового зв'язку та/або месенджери. Мета та обсяг зазначеної передачі даних Договору Страхування - обслуговування Договору Страхування, в тому числі, але не обмежуючись, формування та надсилання рахунків на сплату страхових премій.

7.12. Підтверджую, що я ознайомлений з порядком розкриття Страховиком інформації, що становить таємницю страхування, відповідно до вимог законодавства. Надаю письмову згоду на розкриття Страховиком інформації, що становить таємницю страхування, Страховому Агенту, за посередництва якого укладено Договір Страхування або Страховому Агенту, якому передано частину видів діяльності з реалізації Страхових Продуктів протягом строку дії Договору Страхування.

7.13. Даю свою згоду, відповідно до Цивільного кодексу України, на факсимільне відтворення підпису уповноваженої особи Страховика на Страховому Полісі та всіх додатках до нього, що надаються Страхувальнику. Зразок відповідного аналогу власноручного підпису уповноваженої особи Страховика подано нижче.



7.14. Підтверджую, що мені надано необхідну інформацію про механізми захисту прав споживачів у визначеному законодавством обсязі шляхом розміщення її на веб-сайті Страховика.

7.15. Мені роз'яснено, що відповідна актуальна та достовірна інформація, що вимагається законодавством, зокрема, ст. 86-89 Закону України «Про страхування», ст. 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» міститься на веб-сайті Страховика, а також те, що у випадку необхідності отримання додаткової інформації чи роз'яснень щодо Стандартних Страхових Продуктів, реалізації прав за Договором Страхування, питань діяльності Страховика чи Страхового Агента, я звертатимуся до Страховика чи Страхового Агента за контактними даними, зазначеними у цій Заяві про страхування, чи через форму звернення на веб-сайті Страховика та інші канали зв'язку, які пропонуються на зазначеному веб-сайті.

7.16. Погоджуюся надавати на вимогу Страховика достовірну та актуальну інформацію (зокрема документи, що її підтверджують), необхідну для виконання Договору Страхування, у тому числі з метою дотримання Страховиком законодавства, а також виконувати інші умови Договору Страхування.

7.17. Мені доведена до відома контактна інформація Регулятора, який здійснює державне регулювання щодо страхування: Національний банк України – 01061, м. Київ, вул. Інститутська, 9, тел. 0 800 505 240, nbu@bank.gov.ua

7.18. Підтверджую, що кошти, використані для сплати Страхової Премії, не є прибутком від злочинної діяльності, і усвідомлюю свій обов'язок дотримуватися законодавства України про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом.

7.19. Підтверджую, що на момент підписання цієї Заяви про страхування я не маю ознак належності до США. В мене немає телефонного номера США, адреси або банківського рахунку в США, довіреності в США, паспорта громадянина США, номера соціального страхування. Я не є власником зеленої карти США. У випадку зміни громадянства Страхувальника, Застрахованої Особи та/або Вигодонабувачів на громадянство США, зобов'язуюсь повідомити про це Страховика протягом 30 календарних днів. Подання недостовірної інформації про громадянство США/платника податків США переслідується законодавством США.

7.20. Рішення про укладення Договору Страхування прийнято мною добровільно. Заява про страхування заповнена мною або з моїх слів вірно та всі її примірники підписані мною власноруч. Мною отримано один з оригінальних примірників Заяви, дані в яких є ідентичними.

8. ПОВІДОМЛЕННЯ ТА ЗГОДА (НАДАННЯ ДОЗВОЛУ) СУБ'ЄКТА ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ НА ОБРОБКУ ЙОГО ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ В БАЗІ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ КЛІЄНТІВ СТРАХОВИКА

Я, виступаючи Страхувальником/Застрахованою Особою за цією Заявою про страхування, підтверджую, що мене повідомлено про внесення моїх персональних даних, до Базі персональних даних клієнтів Страховика та про мої

пов'язані з цим права, передбачені чинним законодавством. Шляхом підписання цієї Заяви про страхування, надаю свій дозвіл на обробку своїх персональних даних в порядку, в обсязі та з метою, визначеними законодавством та Страховиком. Також підтверджую, що я ознайомився/лась з інформацією про порядок, обсяг і мету обробки персональних даних, що розміщена на веб-сайті Страховика: www.metlife.ua. Також мій дозвіл на обробку персональних даних поширюється на персональні дані, які в подальшому будуть отримані Страховиком та надані мною. Надаю свою згоду на те, що в процесі опрацювання моїх персональних даних, отриманих під час укладання та виконання Договору Страхування, Страховик може надсилати всі ці дані до груп компаній, до складу яких входить Страховик, або що є компаніями-партнерами Страховика. У такому випадку мої персональні дані можуть передаватись Страховиком безпосередньо чи опосередковано через надання послуг в межах групи компаній, до якої входить Страховик, Страховим Агентам та перестраховкам, включаючи транскордонну передачу. При цьому, за умов, викладених у цьому документі, отримання моєї згоди на кожен таку транскордонну передачу даних я не вимагаю. Я повідомлена/ний про те, що База даних знаходиться за місцезнаходженням Страховика. Підтверджую, що мене ознайомлено з правами відповідно до законодавства, а також з інформацією, складом персональних даних, що вносяться до Баз даних, переліком третіх осіб, яким передаються та/чи можуть передаватись персональні дані, та про розміщення зазначеної інформації на веб-сайті Страховика.

9. ПОВІДОМЛЕННЯ ТА ЗГОДА (НАДАННЯ ДОЗВОЛУ) СУБ'ЄКТА ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ НА ОБРОБКУ ЙОГО ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ В БАЗІ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ КЛІЄНТІВ СТРАХОВОГО АГЕНТА

Я, виступаючи Страхувальником/Застрахованою Особою за цією Заявою про страхування, підтверджую, що мене повідомлено про внесення моїх персональних даних до Баз даних персональних даних клієнтів Страхового Агента (надалі – «База даних»). Надаю згоду Страховому Агенту на обробку персональних даних та їх передачу Страховику з метою укладення та обслуговування Договору Страхування, в тому числі із залученням третіх осіб. Обсяг персональних даних не перевищує обсяг, необхідний для досягнення мети обробки персональних даних. Персональні дані можуть бути отримані з первинних джерел за допомогою інформаційно-телекомунікаційних систем та програмного забезпечення Страхового Агента у паперовому та електронному вигляді на носіях будь-якого виду. Страховий Агент має право збирати з різних джерел та здійснювати оновлення даних, які містяться у Базі даних. База даних знаходиться за місцезнаходженням Страхового Агента. Доступ до персональних даних надається відповідно до законодавства України. Я повідомлений/на, що маю право: на доступ до персональних даних, що містяться у Базі даних; на отримання не пізніше, як за 30 календарних днів з дня надходження письмового запиту, відповіді про те, чи зберігаються персональні дані у Базі даних, та про зміст персональних даних, які зберігаються; на пред'явлення вмотивованої вимоги щодо зміни або знищення персональних даних, якщо ці дані обробляються незаконно або є недостовірними; на захист персональних даних від незаконної обробки та випадкової втрати, знищення, пошкодження у зв'язку з умисним приховуванням, ненаданням чи несвоєчасним їх наданням, а також на захист від надання відомостей, що є недостовірними чи ганьблять честь, гідність та ділову репутацію; на застосування засобів правового захисту в разі порушення законодавства про захист персональних даних, в тому числі на звернення до відповідних державних органів; на інші права, передбачені законодавством.

Страхувальник

(для юр. особи – уповноважена особа)

підпис _____ прізвище та ініціали _____

Застрахована Особа

підпис _____ прізвище та ініціали _____

Законний представник Застрахованої Особи віком до 18 р.

підпис _____ прізвище та ініціали _____

Декларація Страхового Агента/Представника Страхового Агента/Субагента:

Заява підписана в моїй присутності та присутності Застрахованої Особи/Страхувальника, чия ідентифікація та справжність підписів засвідчую:

підпис _____ прізвище та ініціали _____

Дирекція/Номер _____ моб. тел. _____ e-mail: _____