

**Додаток №2 до Договору добровільного страхування життя  
за пакетом програм «Мое здоров'я» (присднання) № MZ-1\_20.05.2019 від 16.09.2019 року  
Страховий поліс (присднання) № \_\_\_\_\_  
(далі за текстом – Договір)**

м. Київ

\_\_\_\_\_ 2019 р.

**1.1. Страховик:** ПРIVATE АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «МЕТЛАЙФ», місцезнаходження: Україна, 01032, м. Київ, вул. С. Петлюри (Комінтерну), 14, код ЄДРПОУ 32109907, тел.: (044) 494 13 43; ліцензія Нацкомфінпослуг АЕ №284405 від 13.03.2014р. (оновлена) в особі Голови Правління Моніки Барбари Спалло-Коляно, яка діє на підставі Статуту, та Директора відділу по роботі з фінансовими установами Сизої Ганини Євгенівни, яка діє на підставі Довіреності №29м/2018 від 07 грудня 2018 року

<b>1.2. Страхувальник, ПІБ</b>	
1.2.1. Адреса реєстрації	
1.2.2. ІПН (податковий номер)	
1.2.3. Дата народження	Телефон
<b>1.3. Застрахована Особа, ПІБ (Страховальник або його дитина у віці до 18 років, яка проживає за тією ж адресою)</b>	
1.3.1. Дата народження	

**2. Умови страхування.** Умови страхування встановлюються відповідно до Правил добровільного страхування життя ПрАТ «МетЛайф» у редакції зі змінами та доповненнями №4, які були зареєстровані Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг 03.09.2019 року згідно розпорядження №1676 (далі – Правила страхування) та Договору добровільного страхування життя за пакетом програм «Мое здоров'я» (присднання) № MZ-1\_20.05.2019 від 16.09.2019 року, розміщеного на інтернет-сторінці Страховика [www.metlife.ua](http://www.metlife.ua)

2.1. Страхові випадки, Страхова сума, Страховий тариф	Для Застрахованих Осіб віком від 1 до 64 років			Для Застрахованих Осіб віком від 65 до 84 років		
	Страхова сума	Страховий тариф	Загальна сума страхового платежу	Страхова сума	Страховий тариф	Загальна сума страхового платежу
2.1.1. Постійна Непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного Випадку відповідно до Програми страхування додаткових ризиків «Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок Нещасного випадку»	Програма не застосовується			40 000 грн.	0,0615%	24,6 грн.
2.1.2. Переломи та опіки відповідно до Програми страхування додаткових ризиків «Страхування на випадок переломів та/або опіків внаслідок Нещасного випадку»	8 000 грн.	0,3075%	24,6 грн.	Програма не застосовується		

Страховий платіж включає також страхову премію за страховим випадком Смерть Застрахованої Особи відповідно до Програми страхування основних ризиків «Страхування на випадок смерті на певний строк або до певного віку» в сумі 0,40 грн. Страхова сума за даним страховим випадком становить 50 грн. Страховий тариф дорівнює 0,8%.

**2.2. Страхова премія**

Загальна сума страхової премії (сплачується одноразово)	25,00 грн. (двадцять п'ять грн. 00 коп.)
---	--

**2.3. Строк дії Договору:**

2.3.1. Термін дії Договору	1 місяць (31 календарний день)
2.3.2. Дата початку страхування:	з 00:01 годин за київським часом дня, наступного за днем надходження на розрахунковий рахунок Страховика страхової премії згідно з п. 2.2. в повному обсязі
2.3.3. Дата закінчення страхування:	з 23 год. 59 хв. за київським часом 31-го календарного дня від дати початку дії страхування

Договір Страхування діє на території будь-якої країни світу. Дія страхового захисту розповсюджується в тому числі на будь-які непрофесійні заняття спортом, участь у змаганнях, тренування тощо

**3. Предмет Договору страхування**

Предметом Договору страхування є майнові інтереси Застрахованої Особи, що не суперечать законодавству України, пов'язані з її життям, здоров'ям та працездатністю.

**4. Декларація щодо стану здоров'я Застрахованої Особи:**

Застрахована Особа має задовільний стан здоров'я, не має фізичних вад або розумових розладів, їй не встановлено I або 2-гу групу інвалідності, яка унеможливає працевлаштування (для неповнолітніх Застрахованих Осіб – I група інвалідності) та вона не має будь-яких психічних захворювань, алкогольної чи наркотичної залежності.

**5. Страхові виплати. Вигодонабувачі.**

5.1. У разі настання страхового випадку, визначеного в п.2.1.1., Страховик здійснює Застрахованій Особі Страхову Виплату, яка дорівнює частці Страхової Суми згідно з Таблицею Видів Втрат, наведеною у додатку І-10 до Правил страхування, але за умови, що така Постійна Непрацездатність сталася протягом 365-ти днів після дати Нещасного Випадку (згідно з визначенням, наведеним в Правилах страхування), який зумовив таку Постійну Непрацездатність, та триває протягом решти життя такої Застрахованої Особи.

5.2. У разі настання страхового випадку, визначеного в п.2.1.2., Страховик здійснить Застрахованій Особі Страхову Виплату у розмірі частки Страхової Суми, встановленої для відповідного перелому або опіку в Таблиці визначення розміру страхових виплат для переломів та опіків, наведеної у додатку І-24 до Правил страхування для конкретної травми. Загальна сума Страхових Виплат, яка сплачується щодо двох і більше переломів/опіків внаслідок одного Нещасного Випадку, розраховується шляхом додавання різних сум для кожного з таких переломів/опіків, але загальний розмір не повинен перевищувати 100% Страхової Суми за Ризиком, зазначеним в п. 2.1.2.

5.3. У разі настання страхового випадку визначеного в п. 2.1.3., страхова виплата здійснюється Спадкоємцю Застрахованої Особи згідно з чинним законодавством України.

5.4. Включення зі Страхових Випадків та обмеження страхування визначаються згідно з переліком, наведеним в розділі 4 Правил страхування та у відповідних розділах програм страхування.

**6. Дострокове припинення дії Договору страхування**

6.1. У разі відмови Страхувальника від Договору страхування у термін до 14 (чотирнадцяти) календарних днів з дати укладання договору страхування та сплати страхової премії, Страховик повертає страховий платіж у повному обсязі.

6.2. У разі дострокового припинення дії договору страхування у термін, який перевищує 14 (чотирнадцять) календарних днів з дати укладання Договору, Страховик повертає Страхувальнику викупну суму, яка у весь період дії Договору страхування, дорівнює 1 (одна) гривня.

**7. Інші умови Договору страхування.**

7.1. Терміни, що вживаються в цьому Договорі, інші умови страхування, права та обов'язки Сторін, порядок та умови здійснення страхових виплат, причини відмови у страхових виплатах; порядок внесення змін до Договору та його припинення визначаються Правилами страхування.

7.2. Сторони погоджуються, що Страхові послуги надаються Страховиком за його адресою реєстрації: вул. Симона Петлюри (Комінтерну), б. 14, м. Київ, 01032, тел. 0-800-305-301.

7.3. Сплатою страхової премії, яка вказана у п. 2.2 договору в повному обсязі, Страхувальник приймає повністю умови Договору добровільного страхування життя «Мое здоров'я» (присднання) № MZ-1\_20.05.2019 від 16.09.2019 року, розміщеного на інтернет-сторінці Страховика [www.metlife.ua](http://www.metlife.ua). Страховий поліс посвідчує факт укладання Страхувальником Договору страхування та відображає основні його умови. Страховий поліс формується та зберігається в комплексному програмному забезпеченні EWA (персоніфікованій системі обліку договорів страхування), примірник страхового поліса роздруковується та надається Страхувальнику.

7.4. Укладанням цього договору та сплатою страхової премії, яка вказана у п. 2.2 договору в повному обсязі, Страхувальник підтверджує відповідність зазначених в Договорі положень до обраних ним умов страхування.

7.5. Укладаючи цей Договір Страхувальник /Застрахована особа підтверджує, що:

– ознайомлений з інформацією щодо правових наслідків та порядку здійснення розрахунків у разі дострокового припинення дії Договору, про порядок сплати податків і зборів за рахунок фізичної особи в результаті отримання фінансової послуги; механізму захисту фінансовою установою прав споживачів та порядок урегулювання спірних питань, що виникають у процесі надання фінансової послуги; реквізити органу, який здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг (Національна комісія, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг (Нацкомфінпослуг): вул. Б. Грінченка 3, м. Київ, 01001, тел.: 234-02-24, info@dfp.gov.ua), а також реквізити органів з питань захисту прав споживачів (Державна інспекція України з питань захисту прав споживачів: вул. Антоновича, 174, м. Київ, 03680, тел. 522-63-16). Орган з питань захисту прав споживачів – Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів 01001, м. Київ, вул. Б. Грінченка, 1, тел (044) 279 12 70, head@consumer.gov.ua.

– ознайомлений з Правилами страхування та Програмами, а також із тим, що усі зазначені документи доступні на сайті Страховика за посиланням: <http://metlife.ua> та на сайті АТ „Ощадбанк” за посиланням <http://www.oschadbank.ua/ua/>.

– надає Страховику право звертатись та отримувати будь-яку інформацію про Застраховану особу та про стан здоров'я Застрахованої особи, 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. Також уповноважує 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

– його ознайомлено з інформацією про внесення його персональних даних до Баз даних та про його права, передбачені чинним законодавством, про склад персональних даних, що вносяться до Баз даних, перелік третіх осіб, яким передаються та/чи можуть передаватись персональні дані, в тому числі з інформацією, що розміщена на інтернет-сторінці Страховика за адресою: <http://www.metlife.ua/uk/Individual/Support-Centre/index.html>. Страховальник /Застрахована особа надає свій письмовий дозвіл на те, що в процесі опрацювання його персональних даних, отриманих під час укладання та виконання Договору, Страховик може надсилати всі ці дані до груп компаній, до складу яких входить Страховик, або що є компаніями-партнерами, або перестраховикам, включаючи транскордонну передачу персональних даних.

– надає свою згоду на отримання від Страховика, компаній-партнерів або компаній-агентів Страховика повідомлень і матеріалів інформаційного та рекламного змісту за допомогою звичайних поштових відправлень та листів-звернень, електронних засобів зв'язку, SMS – повідомлень або телефонних дзвінків.,

– не належить до національних або іноземних публічних діячів, діячів, що виконують політичні функції в міжнародних організаціях, їх близьких осіб або пов'язаних з ними осіб у значенні цих понять відповідно до Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення». У разі, якщо Страховальник/Застрахована Особа належатиме до національних або іноземних публічних діячів, діячів, що виконують політичні функції в міжнародних організаціях, їх близьких осіб або пов'язаних з ними осіб, вона зобов'язана впродовж 1 робочого дня повідомити про це Страховика.

7.6. Цивільне законодавство, зокрема Цивільний кодекс України допускає можливість, а Закон України «Про страхування» не забороняє використовувати при вчиненні правочинів факсимільне відтворення підпису за допомогою засобів механічного, електронного або іншого копіювання, електронного підпису або іншого аналога власноручного підпису, в т.ч. за письмовою згодою сторін, у якій мають міститися зразки відповідного аналога їхніх власноручних підписів. Укладаючи цей Договір Страховальник/Застрахована Особа дає свою згоду використовувати при вчиненні правочинів факсимільне відтворення підпису вказаної(-них) нижче уповноваженої(-них) особи/осіб Страховика як аналога її/їхніх власноручних підписів на Страховому полісі та інших документах, пов'язаних із виконанням цього Договору, вартістю шляхом переговорів. В разі неможливості вирішити спір шляхом переговорів, погодився з можливістю використовувати факсимільне відтворення підпису уповноваженої(-них) особи/осіб Страховика.

Зразок відповідного аналога власноручного підпису уповноваженої(-них) особи/осіб Страховика наступний:

ПІБ уповноваженої особи Страховика	Моніка Барбара Спадло-Коляно	Сиза Ганна Євгенівна
Посада уповноваженої особи Страховика	Голова Правління	Директор відділу по роботі з фінансовими установами
Зразок підпису уповноваженої особи Страховика		
Зразок печатки Страховика		

7.7. Укладаючи цей Договір Страховальник /Застрахована особа (ідентифікаційний код) при укладенні Договору він особисто отримав свій примірник Договору; умови цього Договору йому зрозумілі; з Правилами страхування та Програмами страхування він ознайомлений, приймає їх умови та погоджується з ними; з тарифами Страховика ознайомлений і згоден.

8. Всі спори, що виникають щодо укладання та виконання цього Договору, вирішуються шляхом переговорів. В разі неможливості вирішити спір шляхом переговорів спір підлягає розгляду в судовому порядку.


**9. Підпис сторін**

Страховик:

Місцезнаходження: Україна, 01032, м. Київ, вул. С.Петлюри (Комінтерну), 14, код ЄДРПОУ 32109907, тел.: (044) 494 13 43; 0 800 305 301. Ліцензія Нацкомфінпослуг АЕ №284405 від 13.03.2014р.

Голови Правління

Моніка Барбара Спадло-Коляно.



Директор відділу по роботі з фінансовими установами

Сиза Г.Є.





Договір сформовано фахівцем АТ „Ощадбанк” \_\_\_\_\_ (ПІБ, підпис, дата)

ПІДПИС СТРАХОВИКА

Голова Правління

 М. Спадло-Коляно

Директор відділу по роботі з фінансовими установами

Сиза Г.Є.

 Г. Сиза



**Додаток №3 до Договору добровільного страхування життя за пакетом програм «Мос здоров'я» (приєднання) № MZ-1\_20.05.2019 від 16.09.2019 року**

**Страховий поліс (приєднання) № \_\_\_\_\_**

(далі за текстом – Договір)

м. Київ

\_\_\_\_\_ 2019 р.

**1.1. Страховик:** ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «МЕТЛАЙФ», місцезнаходження: Україна, 01032, м. Київ, вул. С. Петлюри (Комінтерну), 14, код ЄДРПОУ 32109907, тел.: (044) 494 13 43; ліцензія Нацкомфінпослуг АЕ №284405 від 13.03.2014р. (оновлена) в особі Голови Правління Моніки Барбари Спалло-Коляно, яка діє на підставі Статуту, та Директора відділу по роботі з фінансовими установами Сизої Ганни Євгенівни, яка діє на підставі Довіреності №29м/2018 від 07 грудня 2018 року

<b>1.2. Страхувальник, ПІБ</b>	
1.2.1. Адреса реєстрації	
1.2.2. ІПН (податковий номер)	
1.2.3. Дата народження	Телефон
<b>1.3. Застрахована Особа, ПІБ (Страховальник або його дитина у віці до 18 років, яка проживає за тією ж адресою)</b>	
1.3.1. Дата народження	

**2. Умови страхування.** Умови страхування встановлюються відповідно до Правил добровільного страхування життя ПрАТ «МетЛайф» у редакції зі змінами та доповненнями №4, які були зареєстровані Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг 03.09.2019 року згідно розпорядження №1676 (далі – Правила страхування) та Договору добровільного страхування життя за пакетом програм «Мос здоров'я» (приєднання) № MZ-1\_20.05.2019 від 16.09.2019 року, розміщеного на інтернет-сторінці Страховика [www.mellife.ua](http://www.mellife.ua)

2.1. Страхові випадки, Страхова сума, Страховий тариф	Для Застрахованих Осіб віком від 1 до 64 років			Для Застрахованих Осіб віком від 65 до 84 років		
	Страхова сума, грн	Страховий тариф,%	Загальна сума страхового платежу, грн	Страхова сума, грн	Страховий тариф,%	Загальна сума страхового платежу, грн
2.1.1. Постійна Непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного Випадку відповідно до Програми страхування додаткових ризиків «Страховання на випадок постійної непрацездатності внаслідок Нещасного випадку»	Програма не застосовується			50 000 грн.	0,0592%	29,6 грн.
2.1.2. Переломи та опіки відповідно до Програми страхування додаткових ризиків «Страховання на випадок переломів та/або опіків внаслідок Нещасного випадку»	10 000 грн.	0,296%	29,6 грн	Програма не застосовується		

Страховий платіж включає також страхову премію за страховим випадком Смерть Застрахованої Особи відповідно до Програми страхування основних ризиків «Страховання на випадок смерті на певний строк або до певного віку» в сумі 0,40 грн. Страхова сума за даним страховим випадком становить 50 грн. Страховий тариф дорівнює 0,8%.

**2.2. Страхова премія**

Загальна сума страхової премії (сплачується одноразово)	<b>30,00 грн. (тридцять грн. 00 коп.)</b>
---	---

**2.3. Строк дії Договору:**

2.3.1. Термін дії Договору	1 місяць (31 календарний день)
2.3.2. Дата початку страхування:	з 00:01 години за київським часом дня, наступного за днем надходження на розрахунковий рахунок Страховика страхової премії згідно з п. 2.2. в повному обсязі
2.3.3. Дата закінчення страхування:	з 23 год. 59 хв. за київським часом 31-го календарного дня від дати початку дії страхування

Договір Страхування діє на території будь-якої країни світу. Дія страхового захисту розповсюджується в тому числі на будь-які непрофесійні заняття спортом, участь у змаганнях, тренування тощо.

**3. Предмет Договору страхування**

Предметом Договору страхування є майнові інтереси Застрахованої Особи, що не суперечать законодавству України, пов'язані з її життям, здоров'ям та працездатністю.

**4. Декларація щодо стану здоров'я Застрахованої Особи:**

Застрахована Особа має задовільний стан здоров'я, не має фізичних вад або розумових розладів, їй не встановлено I або II-гу групу інвалідності, яка унеможливила працездатність (для неповнолітніх Застрахованих Осіб – I група інвалідності) та вона не має будь-яких психічних захворювань, алкогольної чи наркотичної залежності.

**5. Страхові виплати. Вигодонабувачі.**

5.1. У разі настання страхового випадку, визначеного в п.2.1.1., Страховик здійснює Застрахованій Особі Страхову Виплату, яка дорівнює частці Страхової Суми згідно з Таблицею Відлив Втрат, наведеною у додатку 1-10 до Правил страхування, але за умови, що така Постійна Непрацездатність сталася протягом 365-ти днів після дати Нещасного Випадку (згідно з визначенням, наведеним в Правилах страхування), який зумовив таку Постійну Непрацездатність, та триває протягом решти життя такої Застрахованої Особи.

5.2. У разі настання страхового випадку, визначеного в п.2.1.2., Страховик здійснить Застрахованій Особі Страхову Виплату у розмірі частки Страхової Суми, встановленої для відповідного перелому або опіку в Таблиці визначення розміру страхових виплат для переломів та опіків, наведеної у додатку 1-24 до Правил страхування для конкретної травми. Загальна сума Страхових Виплат, яка сплачується щодо двох і більше переломів/опіків внаслідок одного Нещасного Випадку, розраховується шляхом додавання різних сум для кожного з таких переломів/опіків, але загальний розмір не повинен перевищувати 100% Страхової Суми за Ризиком, зазначеним в п. 2.1.2.

5.3. У разі настання страхового випадку визначеного в п. 2.1.3., страхова виплата здійснюється Спадкоємцю Застрахованої Особи згідно з чинним законодавством України.

5.4. Виключення зі Страхових Випадків та обмеження страхування визначаються згідно з переліком, наведеним в розділі 4 Правил страхування та у відповідних розділах програм страхування.

**6. Дострокове припинення дії Договору страхування**

6.1. У разі відмови Страхувальника від Договору страхування у термін до 14 (чотирнадцяти) календарних днів з дати укладання договору страхування та сплати страхової премії, Страховик повертає страховий платіж у повному обсязі.

6.2. У разі дострокового припинення дії договору страхування у термін, який перевищує 14 (чотирнадцять) календарних днів з дати укладання Договору, Страховик повертає Страхувальнику викупну суму, яка у весь період дії Договору страхування, дорівнює I (одна) гривня.

**7. Інші умови Договору страхування.**

7.1. Терміни, що вживаються в цьому Договорі, інші умови страхування, права та обов'язки Сторін, порядок та умови здійснення страхових виплат, причини відмови у страхових виплатах; порядок внесення змін до Договору та його припинення визначаються Правилами страхування.

7.2. Сторони погоджуються, що Страхові послуги надаються Страховиком за його адресою реєстрації: вул. Симона Петлюри (Комінтерну), 6, 14, м. Київ, 01032, тел. 0-800-305-301.

7.3. Сплатою страхової премії, яка вказана у п. 2.2 договору в повному обсязі, Страхувальник приймає повністю умови Договору добровільного страхування життя «Мос здоров'я» (приєднання) № MZ-1\_20.05.2019 від 16.09.2019 року, розміщеного на інтернет-сторінці Страховика [www.mellife.ua](http://www.mellife.ua). Страховий поліс посвідчує факт укладання Страхувальником Договору страхування та відображає основні його умови. Страховий поліс формується та зберігається в комплексному програмному забезпеченні EWA (персоніфікованій системі обліку договорів страхування), примірник страхового поліса роздруковується та надається Страхувальнику.

7.4. Укладанням цього договору та сплатою страхової премії, яка вказана у п. 2.2 договору в повному обсязі, Страхувальник підтверджує відповідність зазначених в Договорі положень до обраних ним умов страхування.



7.5. Укладаючи цей Договір Страхувальник /Застрахована особа підтверджує, що:

– ознайомлений з інформацією щодо правових наслідків та порядку здійснення розрахунків у разі дострокового припинення дії Договору, про порядок сплати податків і зборів за рахунок фізичної особи в результаті отримання фінансової послуги; механізму захисту фінансовою установою прав споживачів та порядок урегулювання спірних питань, що виникають у процесі надання фінансової послуги; реквізити органу, який здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг (Національна комісія, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг (Нацкомфінпослуг): вул. Б. Грінченка 3, м. Київ, 01001, тел: 234-02-24, info@dfp.gov.ua), а також реквізити органів з питань захисту прав споживачів (Державна інспекція України з питань захисту прав споживачів: вул. Антоновича, 174, м. Київ, 03680, тел. 522-63-16). Орган з питань захисту прав споживачів – Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів 01001, м. Київ, вул. Б. Грінченка, 1, тел (044) 279 12 70, [head@consumer.gov.ua](mailto:head@consumer.gov.ua),

– ознайомлений з Правилами страхування та Програмами, а також із тим, що усі зазначені документи доступні на сайті Страховика за посиланням: <http://metlife.ua> та на сайті АТ „Ошадбанк” за посиланням <http://www.oshadbank.ua/ua/>,

– надає Страховику право звертатись та отримувати будь-яку інформацію про Застраховану особу та про стан здоров'я Застрахованої особи, 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. Також уповноважує 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

– його ознайомлено з інформацією про внесення його персональних даних до Баз даних та про його права, передбачені чинним законодавством, про склад персональних даних, що вносяться до Баз даних, перелік третіх осіб, яким передаються та/чи можуть передаватись персональні дані, в тому числі з інформацією, що розміщена на інтернет-сторінці Страховика за адресою: <http://www.metlife.ua/uk/Individual/Support-Centre/index.html>, Страхувальник /Застрахована особа надає свій письмовий дозвіл на те, що в процесі опрацювання його персональних даних, отриманих під час укладання та виконання Договору, Страховик може надсилати всі ці дані до груп компаній, до складу яких входить Страховик, або що є компаніями-партнерами, або перестраховикам, включаючи трансграничну передачу персональних даних.

– надає свою згоду на отримання від Страховика, компаній-партнерів або компаній-агентів Страховика повідомлень і матеріалів інформаційного та рекламного змісту за допомогою звичайних поштових відправлень та листів-звернень, електронних засобів зв'язку, SMS – повідомлень або телефонних дзвінків,

– не належить до національних або іноземних публічних діячів, діячів, що виконують політичні функції в міжнародних організаціях, їх близьких осіб або пов'язаних з ними осіб у значенні цих понять відповідно до Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення». У разі, якщо Страхувальник/Застрахована Особа належатиме до національних або іноземних публічних діячів, діячів, що виконують політичні функції в міжнародних організаціях, їх близьких осіб або пов'язаних з ними осіб, вона зобов'язана впродовж 1 робочого дня повідомити про це Страховика.

7.6. Цивільне законодавство, зокрема Цивільний кодекс України допускає можливість, а Закон України «Про страхування» не забороняє використовувати при вчиненні правочинів факсимільне відтворення підпису за допомогою засобів механічного, електронного або іншого копіювання, електронного підпису або іншого аналога власноручного підпису, в т.ч. за письмовою згодою сторін, у якій мають міститися зразки відповідного аналога їхніх власноручних підписів. Укладаючи цей Договір Страхувальник/Застрахована Особа дає свою згоду використовувати при вчиненні правочинів факсимільне відтворення підпису вказаної(-них) нижче уповноваженої(-них) особи/осіб Страховика як аналога її/їхніх власноручних підписів на Страховому полісі та інших документах, пов'язаних із виконанням чи зміною, припиненням Договору страхування, а Страховик, в свою чергу, погодився з можливістю використовувати факсимільне відтворення підпису уповноваженої(-них) особи/осіб Страховика.

Зразок відповідного аналога власноручного підпису уповноваженої(-них) особи/осіб Страховика наступний:

ПІБ уповноваженої особи Страховика	Моніка Барбара Спадло-Коляно	Сиза Ганна Євгенівна
Посада уповноваженої особи Страховика	Голова Правління	Директор відділу по роботі з фінансовими установами
Зразок підпису уповноваженої особи Страховика		
Зразок печатки Страховика		

7.7. Укладаючи цей Договір Страхувальник /Застрахована особа підтверджує, що в день укладання Договору він особисто отримав свій примірник Договору, умови цього Договору йому зрозумілі, з Правилами страхування та Програмами страхування він ознайомлений, приймає їх умови та погоджується з ними; з тарифами Страховика ознайомлений і згоден.

8. Всі спори, що виникають щодо укладання та виконання цього Договору, вирішуються шляхом переговорів. В разі неможливості вирішити спір шляхом переговорів спір підлягає розгляду в судовому порядку.

**9. Підпис сторін**

Страховик:  
Місцезнаходження: Україна, 01032, м. Київ, вул. С Петлюри (Комінтерну), 14,  
код ЄДРПОУ 32109907, тел.: (044) 494 13 43; 0 800 305 301.  
Ліцензія Нацкомфінпослуг АЕ №284405 від 13.03.2014р.

Голови Правління  
  
Моніка Барбара  
Спадло-Коляно.

Директор відділу по роботі з  
фінансовими установами  
  
Сиза Г.С.



Договір сформовано фахівцем АТ „Ошадбанк” \_\_\_\_\_ (ПІБ, підпис, дата)

ПІДПИС СТРАХОВИКА

Голова Правління  
  
М.Б. Спадло-Коляно  
Директор відділу по роботі з фінансовими установами  
  
Сиза Г.С.



**Додаток №4 до Договору добровільного страхування життя за пакетом програм «Мос здоров'я» (присднання) № MZ-1\_20.05.2019 від 16.09.2019 року**  
**Страховий поліс (присднання) № \_\_\_\_\_**  
 (далі за текстом – **Договір**)

м. Київ

2019 р.

**1.1. Страховик:** ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «МЕТЛАЙФ», місцезнаходження: Україна, 01032, м. Київ, вул. С. Петлюри (Комінтерну), 14, код ЄДРПОУ 32109907, тел.: (044) 494 13 43; ліцензія Нацкомфінпослуг АЕ №284405 від 13.03.2014р. (оновлена) в особі Голови Правління Моніки Барбари Спалло-Коляно, яка діє на підставі Статуту, та Директора відділу по роботі з фінансовими установами Сизіо Ганни Євгенівни, яка діє на підставі Довіреності №29м/2018 від 07 грудня 2018 року

<b>1.2. Страхувальник, ПІБ</b>	
1.2.1. Адреса реєстрації	
1.2.2. ПІН (податковий номер)	
1.2.3. Дата народження	Телефон
<b>1.3. Застрахована Особа, ПІБ (Страховальник або його дитина у віці до 18 років, яка проживає за тією ж адресою)</b>	
1.3.1. Дата народження	

**2. Умови страхування.** Умови страхування встановлюються відповідно до Правил добровільного страхування життя ПрАТ «МетЛайф» у редакції зі змінами та доповненнями №4, які були зареєстровані Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг 03.09.2019 року згідно розпорядження №1676 (далі – Правила страхування) та Договору добровільного страхування життя за пакетом програм «Мос здоров'я» (присднання) № MZ-1\_20.05.2019 від 16.09.2019 року, розміщеного на інтернет-сторінці Страховика [www.metlife.ua](http://www.metlife.ua)

2.1. Страхові випадки, Страхова сума, Страховий тариф	Для Застрахованих Осіб віком від 1 до 64 років			Для Застрахованих Осіб віком від 65 до 84 років		
	Страхова сума	Страховий тариф	Загальна сума страхового платежу	Страхова сума	Страховий тариф	Загальна сума страхового платежу
2.1.1. Постійна Непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок Нешасного Випадку відповідно до Програми страхування додаткових ризиків «Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок Нешасного випадку»	Програма не застосовується			85 000 грн.	0,05835%	49,6 грн
2.1.2. Переломи та опіки відповідно до Програми страхування додаткових ризиків «Страхування на випадок переломів та/або опіків внаслідок Нешасного випадку»	15 000 грн.	0,33066%	49,6 грн	Програма не застосовується		

Страховий платіж включає також страхову премію за страховим випадком Смерть Застрахованої Особи відповідно до Програми страхування основних ризиків «Страхування на випадок смерті на певний строк або до певного віку» в сумі 0,40 грн. Страхова сума за даним страховим випадком становить 50 грн. Страховий тариф дорівнює 0,8%.

**2.2. Страхова премія**

Загальна сума страхової премії (сплачується одноразово)	<b>50,00 грн. (п'ятдесят грн. 00 коп.)</b>
---	--

**2.3. Строк дії Договору:**

2.3.1. Термін дії Договору	1 місяць (31 календарний день)
2.3.2. Дата початку страхування:	з 00:01 години за київським часом дня, наступного за днем надходження на розрахунковий рахунок Страховика страхової премії згідно з п. 2.2. в повному обсязі
2.3.3. Дата закінчення страхування:	з 23 год. 59 хв. за київським часом 31-го календарного дня від дати початку дії страхування

Договір Страхування діє на території будь-якої країни світу. Дія страхового захисту розповсюджується в тому числі на будь-які непрофесійні заняття спортом, участь у змаганнях, тренування тощо.

**3. Предмет Договору страхування**

Предметом Договору страхування є майнові інтереси Застрахованої Особи, що не суперечать законодавству України, пов'язані з її життям, здоров'ям та працездатністю.

**4. Декларація щодо стану здоров'я Застрахованої Особи:**

Застрахована Особа має задовільний стан здоров'я, не має фізичних вад або розумових розладів, їй не встановлено I або 2-гу групу інвалідності, яка унеможливає працювання (для неповнолітніх Застрахованих Осіб – I група інвалідності) та вона не має будь-яких психічних захворювань, алкогольної чи наркотичної залежності.

**5. Страхові виплати. Вигодонабувачі.**

5.1. У разі настання страхового випадку, визначеного в п.2.1.1., Страховик здійснює Застрахованій Особі Страхову Виплату, яка дорівнює частці Страхової Суми згідно з Таблицею Видів Втрат, наведеною у додатку I-10 до Правил страхування, але за умови, що така Постійна Непрацездатність сталася протягом 365-ти днів після дати Нешасного Випадку (згідно з визначенням, наведеним в Правилах страхування), який зумовив таку Постійну Непрацездатність, та триває протягом решти життя такої Застрахованої Особи.

5.2. У разі настання страхового випадку, визначеного в п.2.1.2., Страховик здійснить Застрахованій Особі Страхову Виплату у розмірі частки Страхової Суми, встановленої для відповідного перелому або опіку в Таблиці визначення розміру страхових виплат для переломів та опіків, наведеної у додатку I-24 до Правил страхування для конкретної травми. Загальна сума Страхових Виплат, яка сплачується щодо двох і більше переломів/опіків внаслідок одного Нешасного Випадку, розраховується шляхом додавання різних сум для кожного з таких переломів/опіків, але загальний розмір не повинен перевищувати 100% Страхової Суми за Ризиком, зазначеним в п. 2.1.2.

5.3. У разі настання страхового випадку визначеного в п. 2.1.3., страхова виплата здійснюється Спадкоємцю Застрахованої Особи згідно з чинним законодавством України.

5.4. Включення зі Страхових Випадків та обмеження страхування визначаються згідно з переліком, наведеним в розділі 4 Правил страхування та у відповідних розділах програм страхування.

**6. Дострокове припинення дії Договору страхування**

6.1. У разі відмови Страхувальника від Договору страхування у термін до 14 (чотирнадцяти) календарних днів з дати укладання договору страхування та сплати страхової премії, Страховик повертає страховий платіж у повному обсязі.

6.2. У разі дострокового припинення дії договору страхування у термін, який перевищує 14 (чотирнадцять) календарних днів з дати укладання Договору, Страховик повертає Страхувальнику викупну суму, яка у весь період дії Договору страхування, дорівнює 1 (одна) гривня.

**7. Інші умови Договору страхування.**

7.1. Терміни, що вживаються в цьому Договорі, інші умови страхування, права та обов'язки Сторін, порядок та умови здійснення страхових виплат, причини відмови у страхових виплатах; порядок внесення змін до Договору та його припинення визначаються Правилами страхування.

7.2. Сторони погоджуються, що Страхові послуги надаються Страховиком за його адресою реєстрації: вул. Симона Петлюри (Комінтерну), б. 14, м. Київ, 01032, тел. 0-800-305-301.

7.3. Сплатою страхової премії, яка вказана у п. 2.2 договору в повному обсязі, Страхувальник приймає повністю умови Договору добровільного страхування життя «Мос здоров'я» (присднання) № MZ-1\_20.05.2019 від 16.09.2019 року, розміщеного на інтернет-сторінці Страховика [www.metlife.ua](http://www.metlife.ua). Страховий поліс посвідчує факт укладання Страхувальником Договору страхування та відображає основні його умови. Страховий поліс формується та зберігається в комплексному програмному забезпеченні EWA (персоніфікованій системі обліку договорів страхування), примірник страхового поліса роздруковується та надається Страхувальнику.

7.4. Укладанням цього договору та сплатою страхової премії, яка вказана у п. 2.2 договору в повному обсязі, Страхувальник підтверджує відповідність зазначених в Договорі положень до обраних ним умов страхування.

7.5. Укладаючи цей Договір Страхувальник /Застрахована особа підтверджує, що:



- ознайомлений з інформацією щодо правових наслідків та порядку здійснення розрахунків у разі дострокового припинення дії Договору, про порядок сплати податків і зборів за рахунок фізичної особи в результаті отримання фінансової послуги, механізму захисту фінансовою установою прав споживачів та порядок урегулювання спірних питань, що виникають у процесі надання фінансової послуги; реквізити органу, який здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг (Національна комісія, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг (Нацкомфінпослуг): вул. Б. Грінченка 3, м. Київ, 01001, тел: 234-02-24, info@dfp.gov.ua), а також реквізити органів з питань захисту прав споживачів (Державна інспекція України з питань захисту прав споживачів: вул. Антоновича, 174, м. Київ, 03680, тел. 522-63-16). Орган з питань захисту прав споживачів – Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів 01001, м. Київ, вул. Б. Грінченка, 1, тел (044) 279 12 70, [head@consumer.gov.ua](mailto:head@consumer.gov.ua).

- ознайомлений з Правилами страхування та Програмами, а також із тим, що усі зазначені документи доступні на сайті Страховика за посиланням: <http://metlife.ua> та на сайті АТ „Ошадбанк” за посиланням <http://www.oshadbank.ua/ua/>.

- надає Страховику право звертатись та отримувати будь-яку інформацію про Застраховану особу та про стан здоров'я Застрахованої особи, 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. Також уповноважує 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

- його ознайомлено з інформацією про внесення його персональних даних до Баз даних та про його права, передбачені чинним законодавством, про склад персональних даних, що вносяться до Баз даних, перелік третіх осіб, яким передаються та/чи можуть передаватись персональні дані, в тому числі з інформацією, що розміщена на інтернет-сторінці Страховика за адресою: <http://www.metlife.ua/uk/Individual/Support-Centre/index.html>, Страхувальник /Застрахована особа надає свій письмовий дозвіл на те, що в процесі опрацювання його персональних даних, отриманих під час укладання та виконання Договору, Страховик може надсилати всі ці дані до груп компаній, до складу яких входить Страховик, або що є компаніями-партнерами, або перестраховикам, включаючи транскордонну передачу персональних даних.

- надає свою згоду на отримання від Страховика, компанії-партнерів або компанії-агентів Страховика повідомлень і матеріалів інформаційного та рекламного змісту за допомогою звичайних поштових відправлень та листів-звернень, електронних засобів зв'язку, SMS – повідомлень або телефонних дзвінків.

- не належить до національних або іноземних публічних діячів, діячів, що виконують політичні функції в міжнародних організаціях, їх близьких осіб або пов'язаних з ними осіб у значенні цих понять відповідно до Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення». У разі, якщо Страхувальник/Застрахована Особа належатиме до національних або іноземних публічних діячів, діячів, що виконують політичні функції в міжнародних організаціях, їх близьких осіб або пов'язаних з ними осіб, вона зобов'язана впродовж 1 робочого дня повідомити про це Страховика.

7.6. Цивільне законодавство, зокрема Цивільний кодекс України допускає можливість, а Закон України «Про страхування» не забороняє використовувати при вчиненні правочинів факсимільне відтворення підпису вказаної(-них) нижче уповноваженої(-них) особи/осіб Страховика як аналога її/їхніх власноручних підписів на Страховому полісі та інших документах, пов'язаних із виконанням чи зміною, припиненням Договору страхування, а Страховик, в свою чергу, погодився з можливістю використовувати факсимільне відтворення підпису уповноваженої(-них) особи/осіб Страховика.

Зразок відповідного аналога власноручного підпису уповноваженої(-них) особи/осіб Страховика наступний:

ПІБ уповноваженої особи Страховика	Моніка Барбара Спадло-Коляно	Сиза Ганна Євгенівна
Посада уповноваженої особи Страховика	Голова Правління	Директор відділу по роботі з фінансовими установами
Зразок підпису уповноваженої особи Страховика		
Зразок печатки Страховика		

7.7. Укладаючи цей Договір Страхувальник /Застрахована особа (підписуючи цей Договір) самостійно укладення Договору він особисто отримав свій примірник Договору; умови цього Договору йому зрозумілі; з Правилами страхування та Програмами страхування він ознайомлений, приймає їх умови та погоджується з ними; з тарифами Страховика ознайомлений і згоден.

8. Всі спори, що виникають щодо укладання та виконання цього Договору, вирішуються шляхом переговорів. В разі неможливості вирішити спір шляхом переговорів спір підлягає розгляду в судовому порядку.

9. Підпис сторін

Страховик:  
Місцезнаходження: Україна, 01032, м. Київ, вул. С Петлюри (Комінтерну), 14,  
код ЄДРПОУ 32109907, тел.: (044) 494 13 43; 0 800 305 301.  
Ліцензія Нацкомфінпослуг АЕ №284405 від 13.03.2014р.

Голови Правління  
 Моніка Барбара Спадло-Коляно.

Директор відділу по роботі з фінансовими установами  
 Сиза Г.С.



Договір сформовано фахівцем АТ „Ошадбанк” \_\_\_\_\_ (ПІБ, підпис, дата)

ПІДПИС СТРАХОВИКА

Голова Правління  
\_\_\_\_\_/ М.Б. Спадло-Коляно /

Директор відділу по роботі з фінансовими установами  
\_\_\_\_\_/ Г.С. Сиза /