

**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «МЕТЛАЙФ»  
ПРАТ «МЕТЛАЙФ»**

**НАКАЗ**

26 червня 2024 року

м. Київ

№ 57 - О

**Про введення в дію Загальних умов за класом страхування життя 19 - «Страхування життя» для Договорів Страхування життя, які укладаються з індивідуальними клієнтами через канали реалізації: Власна Агентська Мережа та Страхові Посередники, основним видом економічної діяльності яких є «Діяльність Страхувальних агентів і брокерів (Код ВЕД – 66.22)».**

У зв'язку із затвердженням рішенням Правління ПрАТ «МетЛайф» (Протокол №2024/2 від 27.05.2024) Загальних умов за класом страхування життя 19 - «Страхування життя» для Договорів Страхування життя, які укладаються з індивідуальними клієнтами через канали реалізації: Власна Агентська Мережа та Страхові Посередники, основним видом економічної діяльності яких є «Діяльність Страхувальних агентів і брокерів (Код ВЕД – 66.22)» (надалі – «**Загальні Умови**»),

**НАКАЗУЮ:**

- 1.** При укладанні Договорів Страхування з індивідуальними клієнтами через канали реалізації: Власна Агентська Мережа та Страхові Посередники, основним видом економічної діяльності яких є «Діяльність Страхувальних агентів і брокерів (Код ВЕД – 66.22)», застосовувати Загальні Умови, починаючи з **01.07.2024**.
- 2.** До Договорів Страхування, що набрали чинності (дата початку дії яких) до **01.07.2024**, застосовувати Правила Страхування у редакціях, чинних на момент укладання відповідних Договорів Страхування. Стандартні Страхові Продукти за допоміжними (додатковими) ризиками, що включаються до складу таких Договорів Страхування **після 01.07.2024**, додавати на умовах, встановлених Загальними Умовами.
- 3.** Затвердити бланки Заяви про страхування та Заяви про страхування для Стандартного Страхового Продукту «Життя Плюс» за формами, що додаються (надалі – Заяви нового зразка) для використання з **01.07.2024** (Додаток 1 до Наказу).
- 4.** Затвердити форму «Додаток до Заяви про страхування» для тимчасового використання відповідно до умов цього Наказу (Додаток 2 до Наказу).
- 5.** Затвердити оновлену форму «Додаток до електронної Заяви про страхування» для тимчасового використання відповідно до умов цього Наказу (Додаток 3 до Наказу).
- 6.** На період з **01.07.2024** до **31.08.2024** встановити наступний порядок прийому Заяв про страхування (надалі – «Заяви»):

**6.1. Паперові поліграфічні бланки Заяв:**

- Заяви, заповнені на бланках поточного зразка, які підписані до 30.06.2024 (включно), приймаються та вводяться в операційну систему за встановленою процедурою;
- Заяви, заповнені на бланках поточного зразка, які підписані починаючи з 01.07.2024, приймаються та вводяться в операційну систему за умови наявності підписаної форми «Додаток до Заяви про страхування»;
- Заяви нового зразка приймаються та вводяться в систему без надання форми «Додаток до Заяви про страхування»;
- З 01.09.2024 року в обробку можуть бути прийняті виключно Заяви нового зразка.

## 6.2. Електронні Заяви:

- До електронних Заяв, що внесені в систему до 30.06.2024 (включно), застосовується попередньо встановлена процедура прийому;

- До електронних Заяв, що внесені в систему з 01.07.2024 року, повинна надаватися оновлена форма «Додаток до електронної Заяви про страхування».

**7.** Координатору з маркетингу та комунікацій К. Шах до **30.06.2024** розмістити текст Загальних Умов на веб-сайті ПрАТ «МетЛайф» (Розділ «Індивідуальним Клієнтам»).

**8.** Директору Відділу з розвитку Власної Агентської Мережі Н. Хижняк до **01.07.2024** забезпечити повідомлення Страхових Посередників каналу Власної Агентської Мережі про затвердження та введення в дію Загальних умов та про порядок прийому Заяв.

**9.** Директору Відділу з розвитку дистриб'юторської мережі Л. Ладиці до **01.07.2024** забезпечити повідомлення Страхових Посередників каналу Незалежних Посередників про затвердження та введення в дію Загальних умов та про порядок прийому Заяв.

**10.** Члену Правління Л. Шарвадзе до **01.07.2024** забезпечити інформування всіх співробітників відділу обслуговування клієнтів про затвердження та введення в дію Загальних умов та про порядок прийому Заяв.

**11.** Контроль за виконанням наказу покласти на члена Правління Л. Шарвадзе.

Голова Правління



підпис

Інна БЄЛЯНСЬКА

Перелік працівників для ознайомлення з наказом від 26 червня 2024 р. № 57 - О електронною поштою:

Оксана Радевич-Винницька

Ксенія Шах

Ліана Шарвадзе

Лілія Ладика

Наталія Хижняк

Подання заповненої Заяви про страхування Страховику є виявом наміру Страхувальника укласти Договір Страхування, об'єктом страхування за яким є життя, здоров'я та працездатність Застрахованої Особи/Застрахованих Осіб, прізвище, ім'я, та по батькові, якої/яких зазначені нижче. Підтвердженням факту укладання Договору Страхування є Страховий Поліс, який випускається Страховиком за кожною Заявою, і надсилається Страхувальнику.

**1. СТРАХУВАЛЬНИК**  
**А. СТРАХУВАЛЬНИК – ФІЗИЧНА ОСОБА.** РНОКПП: \_\_\_\_\_

Прізвище/ Ім'я/ По батькові: \_\_\_\_\_

Дата нар-ня: \_\_\_\_\_ Місце нар-ня (нас.пункт/ країна): \_\_\_\_\_

Паспорт: \_\_\_\_\_ Стать:  **чол.**  **жін.**  **Сімейний стан:** \_\_\_\_\_

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

**ФАКТИЧНА АДРЕСА ПРОЖИВАННЯ:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ **Поштовий індекс:** \_\_\_\_\_

**Місце роботи:** \_\_\_\_\_ **Посада:** \_\_\_\_\_

**Службові обов'язки:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_ **Телефон:** \_\_\_\_\_

**Б. СТРАХУВАЛЬНИК – ЮРИДИЧНА ОСОБА.** Назва юр. особи \_\_\_\_\_

**ЄДРПОУ** \_\_\_\_\_ **ІВАН** \_\_\_\_\_ **у банку:** \_\_\_\_\_

**Юр. адреса:** \_\_\_\_\_ **Поштовий індекс:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_ **Телефон юр. особи:** \_\_\_\_\_

**Уповноважена особа: Прізвище/ Ім'я/ По батькові:** \_\_\_\_\_

**Посада:** \_\_\_\_\_ **Телефон:** \_\_\_\_\_

**Погоджуюся, що вся кореспонденція, крім оригіналу Страхового Полісу, буде надсилатись на e-mail.**

**2. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА (якщо не є Страхувальником).** РНОКПП: \_\_\_\_\_

**Відношення до Страхувальника:**  **та сама особа**  **інше**

Прізвище/ Ім'я/ По батькові: \_\_\_\_\_

Дата нар-ня: \_\_\_\_\_ Місце нар-ня (нас.пункт/ країна): \_\_\_\_\_

Паспорт: \_\_\_\_\_ Стать:  **чол.**  **жін.**  **Сімейний стан:** \_\_\_\_\_

Місце роботи: \_\_\_\_\_ **Посада:** \_\_\_\_\_

**Службові обов'язки:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_ **Телефон:** \_\_\_\_\_

**ВИГОДОНАБУВАЧІ НА ВИПАДОК СМЕРТІ СТРАХУВАЛЬНИКА**

Прізвище, Ім'я, По батькові	Дата народження	Ступінь споріднення	Адреса	Частка з виплати

**ВИГОДОНАБУВАЧІ НА ВИПАДОК СМЕРТІ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ**

Прізвище, Ім'я, По батькові	Дата народження	Ступінь споріднення	Адреса	Частка з виплати

**3. ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ/СТРАХУВАЛЬНИКА**

3.1.	Застрахована Особа	Страхувальник
a)	Зріст (см) ..... Вага (кг).....	Зріст (см) ..... Вага (кг).....
б)	Ви лівша? <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	Ви лівша? <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
в)	Чи вживаєте тютюнові вироби? <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	Чи вживаєте тютюнові вироби? <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
г)	Чи вживаєте алкогольні напої? <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	Чи вживаєте алкогольні напої? <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
д)	Вкажіть ваш дохід: .....грн. на місяць	Вкажіть ваш дохід: ..... грн. на місяць

3.2. Якщо Ви керуєте мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб.см, зазначте:  
 **Страхувальник**  **Застрахована Особа**  
 погоджуюсь зробити відповідну доплату до Страхового Тарифу згідно з розрахунком Страховика;  
 не погоджуюсь на доплату та розумію, що в разі настання Страхового Випадку з використанням такого транспортного засобу, діятиме виключення щодо страхування від Нещасного випадку.

3.3. Я надав інформацію щодо належності до національних, іноземних публічних діячів, що виконують політичні функції в міжнародних організаціях, їх близьких осіб або пов'язаних з ними осіб у відповідності та в розумінні Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення \ № 361-IX від 06.12.2019 р.» У разі, якщо Страхувальник/Застрахована Особа отримує статус вищезазначених категорій осіб, він зобов'язаний впродовж 1 робочого дня повідомити про це Страховика.

3.4. В разі наявності у мене інших договорів страхування в ПрАТ "МетЛайф", я не маю наміру припиняти їх дію, укладаючи Договір Страхування за даною Заявою.

**Надалі я – Застрахована Особа/Страхувальник – заявляю, що**

3.5. Я не вживаю та ніколи не вживав наркотичних, психотропних, або інших речовин, що викликають залежність.

3.6. Я не постраждав від нещасних випадків, не переніс жодної хірургічної операції/не був госпіталізований. Я не лікувався/не обстежувався з приводу алкогольної/наркотичної залежності, психічних, нервових розладів, онкологічних захворювань, захворювань серця/судин, діабету, інсульту, паралічу, захворювань сечовивідних шляхів, хронічних захворювань нирок, печінки, легень/органів дихання, шлунково-кишкового тракту або з приводу інших загострень хронічних захворювань, захворювань щитовидної залози/розладів ендокринної системи, захворювань репродуктивної системи, захворювань очей/порушень зору, захворювань носу, вух, горла. Я не був поінформований, що маю ВІЛ, не лікуюсь та ніколи не був направлений на лікування СНІД, хвороб, пов'язаних з ВІЛ/СНІД, та не мав позитивного результату аналізу крові на антитіла до вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ).

3.7. На момент підписання Заяви я не проходжу жодних обстежень, мені не призначено діагностичних процедур/хірургічних втручань, я не лікуюся та не маю показань до госпіталізації; я не є непрацездатним та мені ніколи не було встановлено інвалідність; я не перебуваю у відпустці з догляду за малолітньою дитиною та не мала жодних ускладнень під час пологів.

3.8. Ніхто з моїх близьких родичів (батько, мати, сестра, брат, син, дочка) не мав та не має спадкових захворювань, вроджених вад розвитку, онкологічних захворювань; психічних розладів, захворювань серця, нирок, печінки, підшлункової залози, органів дихальної системи, не хворів та не хворіє на СНІД/хвороби, пов'язані зі СНІД, та ніколи не мав позитивного результату аналізу крові на антитіла до вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ).

3.9. Дата та причина останнього відвідування лікаря (для Застрахованої Особи віком до 18 років): \_\_\_\_\_

3.10. Якщо Ви не погоджуєтесь хоча б з одним із пунктів розділу 3, зазначте номер пункту, вкажіть особу (Застрахована Особа/Страхувальник), надайте додаткову інформацію та долучіть відповідні медичні документи до Заяви про страхування. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Зміст питань, викладених в цій Заяві про страхування, є для мене зрозумілим, про наслідки надання Страховику свідомо недостовірних даних мене повідомлено. З усіма положеннями, наведеними у цій Заяві про страхування у пунктах 5–9, ознайомлений та згоден з ними. Я ознайомився, розумію та погоджуюся із Загальними Умовами Страховика за класом страхування життя 19 – «Страхування життя» (надалі – Загальні Умови). Погоджуюсь із необхідністю ознайомитися з умовами Страхового Поліса після його отримання, перевірити коректність даних та відповідність Заяві про страхування.

**4. СТРАХУВАННЯ. Строк Страхування – на/до ..... років** Категорія ризику професій  I  II  III  
 Періодичність сплати Страхової Премії:  А-річна;  SP-одноразова;  S-піврічна (А x 0,52);  Q-квартальна (А x 0,26).

**4.1. Заява № 58 про укладання Договору довгострокового страхування життя**  
**Стандартний Страховий Продукт за основним ризиком (оберіть код одного з Продуктів) Страхова Сума, грн.**  
 E – «Страхування на випадок смерті або дожиття»  
 PEAD-A/PEAD-J/PE-S – «Страхування на випадок дожиття до певного віку або на певний строк»  
 TERM – «Страхування на випадок смерті на певний строк або до певного віку»

**Стандартні Страхові Продукти за допоміжними (додатковими) ризиками** **Застрахована Особа**  
 TR – «Страхування на випадок смерті на строк із виплатою додаткової Страхової Суми»  
 AD-ob – «Страхування на випадок смерті внаслідок нещасного випадку з виплатою додаткової Страхової Суми у випадку сирітства»  
 AD-tr – «Страхування на випадок смерті внаслідок нещасного випадку на транспорті»  
 W – «Страхування на випадок постійної та повної непрацездатності Страхувальника (звільнення Страхувальника від сплати Страхових Премій на час непрацездатності)»  CPA- «Страхування на випадок смерті або постійної та повної непрацездатності Страхувальника (звільнення від сплати Страхових Премій)»

**Страхова Премія з урахуванням періодичності**

**4.2. Заява № 58 про укладання Договору страхування життя**  
**Стандартний Страховий Продукт за основним ризиком** **Страхова Сума, грн.**  
 TERM – «Страхування на випадок смерті на певний строк або до певного віку» **50**

**Стандартні Страхові Продукти за допоміжними (додатковими) ризиками** **Застрахована Особа** **Страхувальник**  
 AD-ob – «Страхування на випадок смерті внаслідок нещасного випадку з виплатою додаткової Страхової Суми у випадку сирітства»  
 AD-tr – «Страхування на випадок смерті внаслідок нещасного випадку на транспорті»  
 PI – «Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок нещасного випадку»  
 PI-tr – «Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок нещасного випадку на транспорті»

<input type="checkbox"/> FC/MB – «Страхування на випадок Критичних жіночих ризиків»	Діагностування раку жіночого органу	
	Діагностування раку жіночого органу (щомісячна виплата)	
Тип страхового тарифу: <input type="checkbox"/> на 5 років <input type="checkbox"/> на 10 років <input type="checkbox"/> до 65 років	Госпіталізація по причині раку жіночого органу	
	Смерть внаслідок ускладнень під час вагітності/пологів	
<input type="checkbox"/> FC – «Страхування на випадок критичного захворювання жіночого органу»	Госпіталізація у разі важких ускладнень під час вагітності/пологів	
	Госпіталізація до відділення реанімації у разі ускладнень під час вагітності/пологів	
Тип страхового тарифу: <input type="checkbox"/> на 5 років <input type="checkbox"/> на 10 років <input type="checkbox"/> до 65 років	Діагностування раку жіночого органу	
	Діагностування раку жіночого органу (щомісячна виплата)	
<input type="checkbox"/> BI – «Страхування на випадок тілесних ушкоджень внаслідок нещасного випадку» <input type="checkbox"/> BBB – «Страхування на випадок переломів та/або опіків внаслідок нещасного випадку»	Госпіталізація по причині раку жіночого органу	

H/S/C-as	H/S/C-a	<input type="checkbox"/> -as <input type="checkbox"/> -a <input type="checkbox"/> -as <input type="checkbox"/> -a
Страхування на випадок хірургічного втручання та/або госпіталізації внаслідок нещасного випадку або через хворобу	Страхування на випадок хірургічного втручання та/або госпіталізації внаслідок нещасного випадку	H S C

CI – «Страхування на випадок критичного захворювання»:  1  7  32  
 Тип страхового тарифу:  на 1 рік  на 5 років  на 10 років  до 65 років

JCI 20 – «Страхування на випадок критичного захворювання дитини»

Страхування на випадок переломів та/або опіків внаслідок нещасного випадку (акція) **30 000** **30 000**

**Страхова Премія з урахуванням періодичності**

**Дата підписання Заяви « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ року**  
**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 засвідчує:  
*підпис* ..... *прізвище та ініціали* .....  
 Дирекція/Номер \_\_\_\_\_ моб. тел. \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_



## 5. ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ СТРАХУВАЛЬНИКА

**5.1.** Страхові послуги надаються ПрАТ «МетЛайф» (надалі – Страховик), ЄДРПОУ 32109907, місцезнаходження: 01032, м. Київ, вул. Жиланська, 110, веб-сайт [www.metlife.ua](http://www.metlife.ua). Діяльність з реалізації Страхових Продуктів за цим Договором Страхування здійснюється ТОВ «ФКК «НАШ КАПІТАЛ» (надалі – Страховий Агент), ЄДРПОУ 39081548, основний вид економічної діяльності – «Діяльність страхових агентів і брокерів (КВЕД – 66.22)», місцезнаходження: 34100, Рівненська обл., м. Дубровиця, вул. Нова, 9, веб-сайт: [www.nashkapital.ua](http://www.nashkapital.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](mailto: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 місцязнаходження. 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 Договорів 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 компанії-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 організації 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 додатків 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](mailto: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](http://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 кожну 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 Базі 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 Базі 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.



Подання заповненої Заяви про страхування Страховику є виявом наміру Страхувальника укласти Договір Страхування, об'єктом страхування за яким є життя, здоров'я та працездатність Застрахованої Особи/Застрахованих Осіб, прізвище, ім'я, та по батькові, якої/яких зазначені нижче. Підтвердженням факту укладання Договору Страхування є Страховий Поліс, який випускається Страховиком за кожною Заявою, і надсилається Страхувальнику.

**1. СТРАХУВАЛЬНИК**

**А. СТРАХУВАЛЬНИК – ФІЗИЧНА ОСОБА.** РНОКПП:

Прізвище/ Ім'я/ По батькові: .....

Дата нар-ня: ..... Місце нар-ня (нас.пункт/ країна) .....

Паспорт: ..... Стать:  **чол.**  **жін.**  **Сімейний стан:** .....

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

**ФАКТИЧНА АДРЕСА ПРОЖИВАННЯ:** .....

..... Поштовий індекс: .....

Місце роботи: ..... Посада: .....

Службові обов'язки: .....

E-mail:  Телефон:

**Б. СТРАХУВАЛЬНИК – ЮРИДИЧНА ОСОБА.** Назва юр. особи .....

ЄДРПОУ ..... ІВАН ..... у банку: .....

Юр. адреса: ..... Поштовий індекс: .....

E-mail:  Телефон юр. особи:

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

**Посада:** ..... **Телефон:**

**Погоджуюся, що вся кореспонденція, крім оригіналу Страхового Полісу, буде надсилатись на e-mail.**

**2. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА (якщо не є Страхувальником). РНОКПП:**

Відношення до Страхувальника:  **та сама особа**  **інше** .....

Прізвище/ Ім'я/ По батькові: .....

Дата нар-ня: ..... Місце нар-ня (нас.пункт/ країна) .....

Паспорт: ..... Стать:  **чол.**  **жін.**  **Сімейний стан:** .....

Місце роботи: ..... Посада: .....

Службові обов'язки: .....

E-mail:  Телефон:

**ВИГОДОНАБУВАЧІ НА ВИПАДОК СМЕРТІ СТРАХУВАЛЬНИКА**

Прізвище, Ім'я, По батькові	Дата народження	Ступінь споріднення	Адреса	Частка з виплати

**ВИГОДОНАБУВАЧІ НА ВИПАДОК СМЕРТІ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ**

Прізвище, Ім'я, По батькові	Дата народження	Ступінь споріднення	Адреса	Частка з виплати

**3. ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ/СТРАХУВАЛЬНИКА**

3.1.	Застрахована Особа	Страхувальник
а)	Зріст (см) ..... Вага (кг) .....	Зріст (см) ..... Вага (кг) .....
б)	Ви лівша? <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	Ви лівша? <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
в)	Чи вживаєте тютюнові вироби? <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	Чи вживаєте тютюнові вироби? <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
г)	Чи вживаєте алкогольні напої? <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	Чи вживаєте алкогольні напої? <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
д)	Вкажіть ваш дохід: .....грн. на місяць	Вкажіть ваш дохід: ..... грн. на місяць

3.2. Якщо Ви керуєте мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб.см, зазначте:

**Страхувальник**  **Застрахована Особа**

погоджуюсь зробити відповідну доплату до Страхового Тарифу згідно з розрахунком Страховика;

не погоджуюсь на доплату та розумію, що в разі настання Страхового Випадку з використанням такого транспортного засобу, діятиме виключення щодо страхування від Нещасного випадку.

3.3. Я надав інформацію щодо належності до національних, іноземних публічних діячів, що виконують політичні функції в міжнародних організаціях, їх близьких осіб або пов'язаних з ними осіб у відповідності та в розумінні Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення \ № 361-IX від 06.12.2019 р.» У разі, якщо Страхувальник/Застрахована Особа отримує статус вищезазначених категорій осіб, він зобов'язаний впродовж 1 робочого дня повідомити про це Страховика.

3.4. В разі наявності у мене інших договорів страхування в ПрАТ "МетЛайф", я не маю наміру припиняти їх дію, укладаючи Договір Страхування за даною Заявою.

**Надалі я – Застрахована Особа/Страхувальник – заявляю, що**

3.5. Я не вживаю та ніколи не вживав наркотичних, психотропних, або інших речовин, що викликають залежність.

3.6. Я не постраждав від нещасних випадків, не переніс жодної хірургічної операції/не був госпіталізований. Я не лікувався/не обстежувався з приводу алкогольної/наркотичної залежності, психічних, нервових розладів, онкологічних захворювань, захворювань серця/судин, діабету, інсульту, паралічу, захворювань сечовивідних шляхів, хронічних захворювань нирок, печінки, легень/органів дихання, шлунково-кишкового тракту або з приводу інших загострень хронічних захворювань, захворювань щитовидної залози/розладів ендокринної системи, захворювань репродуктивної системи, захворювань очей/порушень зору, захворювань носу, вух, горла. Я не був поінформований, що маю ВІЛ, не лікуюсь та ніколи не був направлений на лікування СНІД, хвороб, пов'язаних з ВІЛ/СНІД, та не мав позитивного результату аналізу крові на антитіла до вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ).

3.7. На момент підписання Заяви я не проходжу жодних обстежень, мені не призначено діагностичних процедур/хірургічних втручань, я не лікуюся та не маю показань до госпіталізації; я не є непрацездатним та мені ніколи не було встановлено інвалідність; я не перебуваю у відпустці з догляду за малолітньою дитиною та не мала жодних ускладнень під час пологів.

3.8. Ніхто з моїх близьких родичів (батько, мати, сестра, брат, син, дочка) не мав та не має спадкових захворювань, вроджених вад розвитку, онкологічних захворювань; психічних розладів, захворювань серця, нирок, печінки, підшлункової залози, органів дихальної системи, не хворів та не хворіє на СНІД/хвороби, пов'язані зі СНІД, та ніколи не мав позитивного результату аналізу крові на антитіла до вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ).

3.9. Дата та причина останнього відвідування лікаря (для Застрахованої Особи віком до 18 років): .....

3.10. Якщо Ви не погоджуєтесь хоча б з одним із пунктів розділу 3, зазначте номер пункту, вкажіть особу (Застрахована Особа/Страхувальник), надайте додаткову інформацію та долучіть відповідні медичні документи до Заяви про страхування. ....

Зміст питань, викладених в цій Заяві про страхування, є для мене зрозумілим, про наслідки надання Страховику свідомо недостовірних даних мене повідомлено. З усіма положеннями, наведеними у цій Заяві про страхування у пунктах 5–9, ознайомлений та згоден з ними. Я ознайомився, розумію та погоджуюся із Загальними Умовами Страховика за класом страхування життя 19 – «Страхування життя» (надалі – Загальні Умови). Погоджуюсь із необхідністю ознайомитися з умовами Страхового Поліса після його отримання, перевірити коректність даних та відповідність Заяві про страхування.

**4. СТРАХУВАННЯ. Строк Страхування – на/до ..... років** Категорія ризику професій  I  II  III

Періодичність сплати Страхової Премії:  А-річна;  SP-одноразова;  S-піврічна (А x 0,52);  Q-квартальна (А x 0,26).

**4.1. Заява № 58 про укладання Договору довгострокового страхування життя**

**Стандартний Страховий Продукт за основним ризиком (оберіть код одного з Продуктів) Страхова Сума, грн.**

E – «Страхування на випадок смерті або дожиття»

PEAD-A/PEAD-J/PE-S – «Страхування на випадок дожиття до певного віку або на певний строк»

TERM – «Страхування на випадок смерті на певний строк або до певного віку»

**Стандартні Страхові Продукти за допоміжними (додатковими) ризиками Застрахована Особа**

TR – «Страхування на випадок смерті на строк із виплатою додаткової Страхової Суми»

AD-ob – «Страхування на випадок смерті внаслідок нещасного випадку з виплатою додаткової Страхової Суми у випадку сирітства»

AD-tr – «Страхування на випадок смерті внаслідок нещасного випадку на транспорті»

W – «Страхування на випадок постійної та повної непрацездатності Страхувальника (звільнення Страхувальника від сплати Страхових Премій на час непрацездатності)»

CPA- «Страхування на випадок смерті або постійної та повної непрацездатності Страхувальник (звільнення від сплати Страхових Премій)»

**Страхова Премія з урахуванням періодичності**

**4.2. Заява № 58 про укладання Договору страхування життя**

**Стандартний Страховий Продукт за основним ризиком Страхова Сума, грн.**

TERM – «Страхування на випадок смерті на певний строк або до певного віку» **50**

**Стандартні Страхові Продукти за допоміжними (додатковими) ризиками Застрахована Особа Страхувальник**

AD-ob – «Страхування на випадок смерті внаслідок нещасного випадку з виплатою додаткової Страхової Суми у випадку сирітства»

AD-tr – «Страхування на випадок смерті внаслідок нещасного випадку на транспорті»

PI – «Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок нещасного випадку»

PI-tr – «Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок нещасного випадку на транспорті»

<input type="checkbox"/> FC/MB – «Страхування на випадок Критичних жіночих ризиків»	Діагностування раку жіночого органу	
	Діагностування раку жіночого органу (щомісячна виплата)	
Тип страхового тарифу: <input type="checkbox"/> на 5 років <input type="checkbox"/> на 10 років <input type="checkbox"/> до 65 років	Госпіталізація по причині раку жіночого органу	
	Смерть внаслідок ускладнень під час вагітності/пологів	
<input type="checkbox"/> FC – «Страхування на випадок критичного захворювання жіночого органу»	Госпіталізація у разі важких ускладнень під час вагітності/пологів	
	Госпіталізація до відділення реанімації у разі ускладнень під час вагітності/пологів	
Тип страхового тарифу: <input type="checkbox"/> на 5 років <input type="checkbox"/> на 10 років <input type="checkbox"/> до 65 років	Діагностування раку жіночого органу	
	Діагностування раку жіночого органу (щомісячна виплата)	
<input type="checkbox"/> BI – «Страхування на випадок тілесних ушкоджень внаслідок нещасного випадку»	Госпіталізація по причині раку жіночого органу	
	Госпіталізація по причині раку жіночого органу	
<input type="checkbox"/> BBB – «Страхування на випадок переломів та/або опіків внаслідок нещасного випадку»		

H/S/C-as	H/S/C-a	<input type="checkbox"/> -as <input type="checkbox"/> -a <input type="checkbox"/> -as <input type="checkbox"/> -a
Страхування на випадок хірургічного втручання та/або госпіталізації внаслідок нещасного випадку або через хворобу	Страхування на випадок хірургічного втручання та/або госпіталізації внаслідок нещасного випадку	H S C
<input type="checkbox"/> CI – «Страхування на випадок критичного захворювання»: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 32	Тип страхового тарифу: <input type="checkbox"/> на 1 рік <input type="checkbox"/> на 5 років <input type="checkbox"/> на 10 років <input type="checkbox"/> до 65 років	
<input type="checkbox"/> JCI 20 – «Страхування на випадок критичного захворювання дитини»		
<input checked="" type="checkbox"/> Страховування на випадок переломів та/або опіків внаслідок нещасного випадку (акція)		<b>30 000</b> <b>30 000</b>

**Страхова Премія з урахуванням періодичності**

**Дата підписання Заяви «...» 20... року**

**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 засвідчує:  
*підпис* ..... *прізвище та ініціали* .....

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



## 5. ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ СТРАХУВАЛЬНИКА

**5.1. Страхові послуги надаються** ПрАТ «МетЛайф» (надалі – Страховик), ЄДРПОУ 32109907, місцезнаходження: 01032, м. Київ, вул. Жиланська, 110, веб-сайт [www.metlife.ua](http://www.metlife.ua). Діяльність з реалізації Страхових Продуктів за цим Договором Страхування здійснюється ТОВ «ФКК «НАШ КАПІТАЛ» (надалі – Страховий Агент), ЄДРПОУ 39081548, основний вид економічної діяльності – «Діяльність страхових агентів і брокерів (КВЕД – 66.22)», місцезнаходження: 34100, Рівненська обл., м. Дубровиця, вул. Нова, 9, веб-сайт: [www.nashkapital.ua](http://www.nashkapital.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](mailto: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 місцязнаходження. 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 Договорів 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 компанії-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 організації 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 додатків 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](mailto: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](http://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 Базі 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 Базі 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.



Подання заповненої Заяви про страхування Страховику є виявом наміру Страхувальника укласти Договір Страхування, об'єктом страхування за яким є життя, здоров'я та працездатність Застрахованої Особи/Застрахованих Осіб, прізвище, ім'я, та по батькові, якої/яких зазначені нижче. Підтвердженням факту укладання Договору Страхування є Страховий Поліс, який випускається Страховиком за кожною Заявою, і надсилається Страхувальнику.

**1. СТРАХУВАЛЬНИК**

**А. СТРАХУВАЛЬНИК – ФІЗИЧНА ОСОБА.** РНОКПП: \_\_\_\_\_

Прізвище/ Ім'я/ По батькові: \_\_\_\_\_

Дата нар-ня: \_\_\_\_\_ Місце нар-ня (нас.пункт/ країна): \_\_\_\_\_

Паспорт: \_\_\_\_\_ Стать:  **чол.**  **жін.**  **Сімейний стан:** \_\_\_\_\_

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

**ФАКТИЧНА АДРЕСА ПРОЖИВАННЯ:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Поштовий індекс: \_\_\_\_\_

Місце роботи: \_\_\_\_\_ Посада: \_\_\_\_\_

Службові обов'язки: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

**Б. СТРАХУВАЛЬНИК – ЮРИДИЧНА ОСОБА.** Назва юр. особи \_\_\_\_\_

ЄДРПОУ \_\_\_\_\_ ІВАН \_\_\_\_\_ у банку: \_\_\_\_\_

Юр. адреса: \_\_\_\_\_ Поштовий індекс: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Телефон юр. особи: \_\_\_\_\_

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

Посада: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

**Погоджуюся, що вся кореспонденція, крім оригіналу Страхового Полісу, буде надсилатись на e-mail.**

**2. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА (якщо не є Страхувальником). РНОКПП:** \_\_\_\_\_

Відношення до Страхувальника:  **та сама особа**  **інше**

Прізвище/ Ім'я/ По батькові: \_\_\_\_\_

Дата нар-ня: \_\_\_\_\_ Місце нар-ня (нас.пункт/ країна): \_\_\_\_\_

Паспорт: \_\_\_\_\_ Стать:  **чол.**  **жін.**  **Сімейний стан:** \_\_\_\_\_

Місце роботи: \_\_\_\_\_ Посада: \_\_\_\_\_

Службові обов'язки: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

**ВИГОДОНАБУВАЧІ НА ВИПАДОК СМЕРТІ СТРАХУВАЛЬНИКА**

Прізвище, Ім'я, По батькові	Дата народження	Ступінь споріднення	Адреса	Частка з виплати

**ВИГОДОНАБУВАЧІ НА ВИПАДОК СМЕРТІ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ**

Прізвище, Ім'я, По батькові	Дата народження	Ступінь споріднення	Адреса	Частка з виплати

**3. ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ/СТРАХУВАЛЬНИКА**

3.1.	Застрахована Особа	Страхувальник
а)	Зріст (см) ..... Вага (кг).....	Зріст (см) ..... Вага (кг).....
б)	Ви лівша? <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	Ви лівша? <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
в)	Чи вживаєте тютюнові вироби? <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	Чи вживаєте тютюнові вироби? <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
г)	Чи вживаєте алкогольні напої? <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	Чи вживаєте алкогольні напої? <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
д)	Вкажіть ваш дохід: .....грн. на місяць	Вкажіть ваш дохід: ..... грн. на місяць

3.2. Якщо Ви керуєте мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб.см, зазначте:  
 **Страхувальник**  **Застрахована Особа**  
 погоджуюсь зробити відповідну доплату до Страхового Тарифу згідно з розрахунком Страховика;  
 не погоджуюсь на доплату та розумію, що в разі настання Страхового Випадку з використанням такого транспортного засобу, діятиме виключення щодо страхування від Нещасного випадку.

3.3. Я надав інформацію щодо належності до національних, іноземних публічних діячів, що виконують політичні функції в міжнародних організаціях, їх близьких осіб або пов'язаних з ними осіб у відповідності та в розумінні Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення \ № 361-ІХ від 06.12.2019 р.» У разі, якщо Страхувальник/Застрахована Особа отримує статус вищезазначених категорій осіб, він зобов'язаний впродовж 1 робочого дня повідомити про це Страховика.

3.4. В разі наявності у мене інших договорів страхування в ПрАТ "МетЛайф", я не маю наміру припиняти їх дію, укладаючи Договір Страхування за даною Заявою.

**Надалі я – Застрахована Особа/Страхувальник – заявляю, що**

3.5. Я не вживаю та ніколи не вживав наркотичних, психотропних, або інших речовин, що викликають залежність.

3.6. Я не постраждав від нещасних випадків, не переніс жодної хірургічної операції/не був госпіталізований. Я не лікувався/не обстежувався з приводу алкогольної/наркотичної залежності, психічних, нервових розладів, онкологічних захворювань, захворювань серця/судин, діабету, інсульту, паралічу, захворювань сечовивідних шляхів, хронічних захворювань нирок, печінки, легень/органів дихання, шлунково-кишкового тракту або з приводу інших загострень хронічних захворювань, захворювань щитовидної залози/розладів ендокринної системи, захворювань репродуктивної системи, захворювань очей/порушень зору, захворювань носу, вух, горла. Я не був поінформований, що маю ВІЛ, не лікуюсь та ніколи не був направлений на лікування СНІД, хвороб, пов'язаних з ВІЛ/СНІД, та не мав позитивного результату аналізу крові на антитіла до вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ).

3.7. На момент підписання Заяви я не проходжу жодних обстежень, мені не призначено діагностичних процедур/хірургічних втручань, я не лікуюся та не маю показань до госпіталізації; я не є непрацездатним та мені ніколи не було встановлено інвалідність; я не перебуваю у відпустці з догляду за малолітньою дитиною та не мала жодних ускладнень під час пологів.

3.8. Ніхто з моїх близьких родичів (батько, мати, сестра, брат, син, дочка) не мав та не має спадкових захворювань, вроджених вад розвитку, онкологічних захворювань; психічних розладів, захворювань серця, нирок, печінки, підшлункової залози, органів дихальної системи, не хворів та не хворіє на СНІД/хвороби, пов'язані зі СНІД, та ніколи не мав позитивного результату аналізу крові на антитіла до вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ).

3.9. Дата та причина останнього відвідування лікаря (для Застрахованої Особи віком до 18 років): \_\_\_\_\_

3.10. Якщо Ви не погоджуєтесь хоча б з одним із пунктів розділу 3, зазначте номер пункту, вкажіть особу (Застрахована Особа/Страхувальник), надайте додаткову інформацію та долучіть відповідні медичні документи до Заяви про страхування. \_\_\_\_\_

Зміст питань, викладених в цій Заяві про страхування, є для мене зрозумілим, про наслідки надання Страховику свідомо недостовірних даних мене повідомлено. З усіма положеннями, наведеними у цій Заяві про страхування у пунктах 5–9, ознайомлений та згоден з ними. Я ознайомився, розумію та погоджуюся із Загальними Умовами Страховика за класом страхування життя 19 – «Страхування життя» (надалі – Загальні Умови). Погоджуюсь із необхідністю ознайомитися з умовами Страхового Поліса після його отримання, перевірити коректність даних та відповідність Заяві про страхування.

**4. СТРАХУВАННЯ. Строк Страхування – на/до ..... років** Категорія ризику професій  I  II  III  
 Періодичність сплати Страхової Премії:  А-річна;  SP-одноразова;  S-піврічна (А x 0,52);  Q-квартальна (А x 0,26).

**4.1. Заява № 58 про укладання Договору довгострокового страхування життя**  
**Стандартний Страховий Продукт за основним ризиком (оберіть код одного з Продуктів) Страхова Сума, грн.**

E – «Страхування на випадок смерті або дожиття»  
 PEAD-A/PEAD-J/PE-S – «Страхування на випадок дожиття до певного віку або на певний строк»  
 TERM – «Страхування на випадок смерті на певний строк або до певного віку»

**Стандартні Страхові Продукти за допоміжними (додатковими) ризиками** **Застрахована Особа**

TR – «Страхування на випадок смерті на строк із виплатою додаткової Страхової Суми»  
 AD-ob – «Страхування на випадок смерті внаслідок нещасного випадку з виплатою додаткової Страхової Суми у випадку сирітства»  
 AD-tr – «Страхування на випадок смерті внаслідок нещасного випадку на транспорті»  
 W – «Страхування на випадок постійної та повної непрацездатності Страхувальника (звільнення Страхувальника від сплати Страхових Премій на час непрацездатності)»  CPA- «Страхування на випадок смерті або постійної та повної непрацездатності Страхувальника (звільнення від сплати Страхових Премій)»

**Страхова Премія з урахуванням періодичності**

**4.2. Заява № 58 про укладання Договору страхування життя**  
**Стандартний Страховий Продукт за основним ризиком** **Страхова Сума, грн.**

TERM – «Страхування на випадок смерті на певний строк або до певного віку» **50**

**Стандартні Страхові Продукти за допоміжними (додатковими) ризиками** **Застрахована Особа** **Страхувальник**

AD-ob – «Страхування на випадок смерті внаслідок нещасного випадку з виплатою додаткової Страхової Суми у випадку сирітства»  
 AD-tr – «Страхування на випадок смерті внаслідок нещасного випадку на транспорті»  
 PI – «Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок нещасного випадку»  
 PI-tr – «Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок нещасного випадку на транспорті»

<input type="checkbox"/> FC/MB – «Страхування на випадок Критичних жіночих ризиків»	Діагностування раку жіночого органу	
	Діагностування раку жіночого органу (щомісячна виплата)	
Тип страхового тарифу: <input type="checkbox"/> на 5 років <input type="checkbox"/> на 10 років <input type="checkbox"/> до 65 років	Госпіталізація по причині раку жіночого органу	
	Смерть внаслідок ускладнень під час вагітності/пологів	
<input type="checkbox"/> FC – «Страхування на випадок критичного захворювання жіночого органу»	Госпіталізація у разі важких ускладнень під час вагітності/пологів	
	Госпіталізація до відділення реанімації у разі ускладнень під час вагітності/пологів	
Тип страхового тарифу: <input type="checkbox"/> на 5 років <input type="checkbox"/> на 10 років <input type="checkbox"/> до 65 років	Діагностування раку жіночого органу	
	Діагностування раку жіночого органу (щомісячна виплата)	
<input type="checkbox"/> BI – «Страхування на випадок тілесних ушкоджень внаслідок нещасного випадку»	Госпіталізація по причині раку жіночого органу	
	Госпіталізація по причині раку жіночого органу	
<input type="checkbox"/> BBB – «Страхування на випадок переломів та/або опіків внаслідок нещасного випадку»		<input type="checkbox"/> -as <input type="checkbox"/> -a <input type="checkbox"/> -as <input type="checkbox"/> -a
	Страхування на випадок хірургічного втручання та/або госпіталізації внаслідок нещасного випадку або через хворобу	Страхування на випадок хірургічного втручання та/або госпіталізації внаслідок нещасного випадку
<input type="checkbox"/> CI – «Страхування на випадок критичного захворювання»: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 32 Тип страхового тарифу: <input type="checkbox"/> на 1 рік <input type="checkbox"/> на 5 років <input type="checkbox"/> на 10 років <input type="checkbox"/> до 65 років		H S C
	<input type="checkbox"/> JCI 20 – «Страхування на випадок критичного захворювання дитини»	

Страхування на випадок переломів та/або опіків внаслідок нещасного випадку (акція) **30 000** **30 000**

**Страхова Премія з урахуванням періодичності**

**Дата підписання Заяви « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ року**

**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 засвідчує:  
 підпис ..... прізвище та ініціали .....

Дирекція/Номер \_\_\_\_\_ моб. тел. \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_



## 5. ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ СТРАХУВАЛЬНИКА

**5.1. Страхові послуги надаються ПрАТ «МетЛайф» (надалі – Страховик), ЄДРПОУ 32109907, місцезнаходження: 01032, м. Київ, вул. Жиланська, 110, веб-сайт [www.metlife.ua](http://www.metlife.ua). Діяльність з реалізації Страхових Продуктів за цим Договором Страхування здійснюється ТОВ «ФКК «НАШ КАПІТАЛ» (надалі – Страховий Агент), ЄДРПОУ 39081548, основний вид економічної діяльності – «Діяльність страхових агентів і брокерів (КВЕД – 66.22)», місцезнаходження: 34100, Рівненська обл., м. Дубровиця, вул. Нова, 9, веб-сайт: [www.nashkapital.ua](http://www.nashkapital.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](mailto: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 місцязнаходження. 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 Договорів 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 компанії-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 організації 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 додатків 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](mailto: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](http://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 кожну 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 Базі 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 Базі 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.



**ЗАЯВА ПРО СТРАХУВАННЯ**

 Заява № **12**
**1. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА/СТРАХУВАЛЬНИК**

РНОКПП:

Прізвище/ Ім'я/ По батькові:

Дата нар-ня: Місце нар-ня (нас.пункт/ країна):

 Паспорт: Стать:  чол.  жін.  Сімейний стан:

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

**ФАКТИЧНА АДРЕСА ПРОЖИВАННЯ:**

Поштовий індекс:

Місце роботи: Посада:

Службові обов'язки:

E-mail: Телефон:

 **Погоджуюся, що вся кореспонденція, крім оригіналу Страхового Полісу, буде надсилатись на e-mail.**
**2. ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО УМОВ СТРАХУВАННЯ ЗА СТАНДАРТНИМ СТРАХОВИМ ПРОДУКТОМ "ЖИТТЯ ПЛЮС"**

Страховий Ризик	Страхова Сума, грн.	Загальна річна Страхова Премія	Строк дії
Смерть через хворобу / Смерть внаслідок нещасного випадку / Діагностування критичного захворювання			<b>15 років</b>
Постійна та повна непрацездатність (звільнення від сплати Страхових Премій)	—		
Дожиття до закінчення дії Договору Страхування	25% від суми Страхових Премій		

 Періодичність сплати першої Страхової Премії:  А – річна;  S – піврічна (Ах0,52);  Q – квартальна (Ах0,26).

**3. ВИГОДОНАБУВАЧІ НА ВИПАДОК СМЕРТІ**

Прізвище, Ім'я, По батькові	Дата народження	Ступінь споріднення	Адреса	Частка з виплати

**Розмір річних Страхових Премій для чоловіків, грн.**

Страхова Сума, грн.	80 000	120 000	160 000	200 000	240 000	280 000	320 000	360 000	400 000
Вік (років)									
18 – 30	857	1 259	1 660	2 061	2 462	2 863	3 265	3 666	4 067
31 – 35	1 385	2 049	2 714	3 379	4 044	4 709	5 373	6 038	6 703
36 – 40	1 917	2 849	3 780	4 711	5 642	6 573	7 505	8 436	9 367
41 – 45	2 681	3 993	5 306	6 619	7 932	9 245	10 557	11 870	13 183
46 – 50	3 747	5 593	7 439	9 285	—	—	—	—	—
51 – 55	5 244	7 838	10 433	13 027	—	—	—	—	—

**4. ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ/СТРАХУВАЛЬНИКА**

1. Зріст: ..... см. та Вага: ..... кг. Дохід: ..... грн. на місяць

 2. Чи вживаєте Ви тютюнові вироби?  Так  Ні

3. Ви або два чи більше Ваших найближчих родичів лікувалися та/або проходили обстеження або мали встановлений діагноз, або ознаки будь-яких з нижченаведених захворювань (якщо так — позначте стан(и) та надайте детальну інформацію у пункті 9, поданому нижче):

 а) Рак, пухлина, поліп чи інше новоутворення, захворювання крові або будь-яка форма злоякісного захворювання?  Так  Ні

 б) Інфаркт міокарда, загродинний біль, серцевий шум, ревматизм, підвищений кров'яний тиск, підвищений рівень холестерину, будь-яке інше захворювання серця або судин?  Так  Ні

 в) Діабет або захворювання щитовидної залози та/або розлади ендокринної системи?  Так  Ні

 г) Гепатит або будь-яке захворювання печінки, підшлункової залози, шлунку, тонкого або товстого кишечника?  Так  Ні

 д) Хронічне захворювання легенів або будь-які інші захворювання органів дихання?  Так  Ні

 е) Інсульт, судоми, запаморочення, непритомність, параліч або інші розлади нервової системи?  Так  Ні

 є) Захворювання сечовивідних шляхів та/або захворювання нирок, та/або репродуктивної системи?  Так  Ні

 ж) Захворювання очей та/або порушення зору, захворювання носу, вух, горла?  Так  Ні

 з) Психічне захворювання, тривога, депресія, зловживання алкоголем або наркотичними речовинами?  Так  Ні

 4. Чи перебуваєте Ви під медичним наглядом, чи проходите медичне обстеження, чи були госпіталізовані або чи перенесли хірургічне втручання?  Так  Ні

 5. Чи встановлено Вам інвалідність будь-якої групи?  Так  Ні

 6. Чи було Вас проінформовано про наявність ВІЛ, чи проходили Ви лікування від хвороб, пов'язаних з ВІЛ/СНІД, чи мали Ви позитивний результат аналізу крові на антитіла до вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ).  Так  Ні

7. Детальна інформація за кожним питанням, на яке надана відповідь «Так» (будь ласка, зазначте номер запитання, діагноз та надайте всі наявні медичні документи).

Зміст питань, викладених в цій Заяві про страхування, є для мене зрозумілим, про наслідки надання Страховику свідомо недостовірних даних мене повідомлено. З усіма положеннями, наведеними у цій Заяві про страхування у пунктах 5–7, ознайомлений та згоден з ними. Я ознайомився, розумію та погоджуюся із Загальними Умовами Страховика за класом страхування життя 19 – «Страхування життя» (надалі – Загальні Умови). Погоджуюсь із необхідністю ознайомитися з умовами Страхового Поліса після його отримання, перевірити коректність даних та відповідність Заяві про страхування.

Дата підписання Заяви «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

Страхувальник/Застрахована Особа. Підпис...../прізвище та ініціали.....

Декларація Страхового Агента/Представника Страхового Агента/Субагента: Код Страхового Агента.....

Заява підписана в моїй присутності та присутності Застрахованої Особи/Страхувальника, чію ідентифікацію та справжність підписів засвідчую:

підпис..... прізвище та ініціали.....

моб. тел. .... e-mail:.....

**Розмір річних Страхових Премій для жінок, грн.**

Страхова Сума, грн.	80 000	120 000	160 000	200 000	240 000	280 000	320 000	360 000	400 000
Вік (років)									
18 – 30	515	745	975	1 205	1 435	1 665	1 895	2 125	2 355
31 – 35	777	1 137	1 498	1 859	2 220	2 581	2 941	3 302	3 663
36 – 40	1 065	1 571	2 076	2 581	3 086	3 591	4 097	4 602	5 107
41 – 45	1 473	2 181	2 890	3 599	4 308	5 017	5 725	6 434	7 143
46 – 50	2 021	3 003	3 986	4 969	—	—	—	—	—
51 – 55	2 789	4 155	5 522	6 889	—	—	—	—	—



## 5. ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ СТРАХУВАЛЬНИКА

**5.1.** Страхові послуги надаються ПрАТ «МетЛайф» (надалі – Страховик), ЄДРПОУ 32109907, місцезнаходження: 01032, м. Київ, вул. Жиланська, 110, веб-сайт [www.metlife.ua](http://www.metlife.ua). Діяльність з реалізації Страхових Продуктів за цим Договором Страхування здійснюється Страховим Агентом каналу Власної Агентської Мережі ПрАТ "МетЛайф" (надалі – Страховий Агент), основний вид економічної діяльності – «Діяльність страхових агентів і брокерів (КВЕД – 66.22)». Перелік Страхових Агентів розміщено на веб-сайті: [www.metlife.ua](http://www.metlife.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 за цією Заявою 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](mailto:office@metlife.ua).

**5.4.** Застрахована Особа/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.** Застрахована Особа/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.** 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.

**5.7.** При обслуговуванні Договорів Страхування Страховиком можуть залучатися компанії-партнери.

**5.8.** 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 Застрахованій Особі/Страхувальнику шляхом надсилання на його електронну пошту квитанції для сплати чергової Страхової Премії з оновленими реквізитами.

## 6. ДЕКЛАРАЦІЯ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ/СТРАХУВАЛЬНИКА

**6.1.** Я, виступаючи Застрахованою Особою/Страхувальником, прошу Страховика укласти Договір Страхування з метою отримання страхового захисту за Стандартним Страховим Продуктом та з відповідною Страховою Сумою, зазначеною у цій Заяві 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.

**6.2.** Мені було надано безоплатну індивідуальну консультацію щодо умов Стандартних Страхових Продуктів, та рекомендації, який Страховий Продукт максимально відповідатиме моїм вимогам та потребам у страхуванні.

**6.3.** 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 місцезнаходження. 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.

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

**6.5.** 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.

**6.6.** 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.

**6.7.** 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.

**6.8.** 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.

**6.9.** 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.

**6.10.** 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.

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

**6.12.** 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.

**6.13.** 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.

**6.14.** 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](mailto:nbu@bank.gov.ua).

**6.15.** 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.

**6.16.** 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.

**6.17.** 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.

## 7. 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](http://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 Агентом 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 Базі даних, переліком третіх осіб, яким передаються та/чи можуть передаватись персональні дані, та про розміщення зазначеної інформації на веб-сайті Страховика.





**УВАГА! ДАНИЙ ДОДАТОК ДОДАЄТЬСЯ ДО ЗАЯВИ ПРО СТРАХУВАННЯ, ЗАПОВНЕНІЙ НА БЛАНКУ ПОТОЧНОГО ЗРАЗКА ПІСЛЯ 01.07.2024. В РАЗІ ВИКОРИСТАННЯ БЛАНКІВ ОНОВЛЕНОГО ЗРАЗКА ЗАПОВНЕННЯ ДАНОГО ДОДАТКУ НЕ ВИМАГАЄТЬСЯ.**

**ДОДАТОК ДО ЗАЯВИ ПРО СТРАХУВАННЯ:** \_\_\_\_\_

**СТРАХУВАЛЬНИК:** \_\_\_\_\_

**ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА:** \_\_\_\_\_

**Підписуючи даний Додаток, 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 ДЛЯ СТРАХУВАЛЬНИКА**

5.1. Страхові послуги надаються ПрАТ «МетЛайф» (надалі – Страховик), ЄДРПОУ 32109907, місцезнаходження: 01032, м. Київ, вул. Жиланська, 110, веб-сайт [www.metlife.ua](http://www.metlife.ua). Діяльність з реалізації Страхових Продуктів за цим Договором Страхування здійснюється \_\_\_\_\_ (надалі – Страховий Агент), ЄДРПОУ \_\_\_\_\_, основний вид економічної діяльності – «Діяльність страхових агентів і брокерів (КВЕД – 66.22)», місцезнаходження: \_\_\_\_\_, веб-сайт: \_\_\_\_\_. 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](mailto: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 місцезнаходження. 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](mailto: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 Базы 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](http://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 Базы 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 Базы 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.

Дата підписання: \_\_\_\_\_

Страхувальник: ПІБ \_\_\_\_\_ /Підпис \_\_\_\_\_

Застрахована Особа: ПІБ \_\_\_\_\_ /Підпис \_\_\_\_\_



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. Жилянська, 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 ДЛЯ СТРАХУВАЛЬНИКА

**5.1. Страхові послуги надаються ПрАТ «МетЛайф» (надалі – Страховик), ЄДРПОУ 32109907, місцезнаходження: 01032, м. Київ, вул. Жилинська, 110, веб-сайт [www.metlife.ua](http://www.metlife.ua). Діяльність з реалізації Страхових Продуктів за цим Договором Страхування здійснюється ТОВ «ФКК «НАШ КАПІТАЛ» (надалі – Страховий Агент), ЄДРПОУ 39081548, основний вид економічної діяльності – «Діяльність страхових агентів і брокерів (КВЕД – 66.22)», місцезнаходження: 34100, Рівненська обл., м. Дубровиця, вул. Нова, 9, веб-сайт: [www.nashkapital.ua](http://www.nashkapital.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](mailto: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 місцезнаходження. 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](http://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 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 несвочасним 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: \_\_\_\_\_