

Заява (опитувальник) №



Заява (опитувальник) на страхування є пропозицією Страхувальника укласти Договір страхування на підставі Правил добровільного страхування життя Страховика, зареєстрованих рішенням Національного банку України від 12 серпня 2020 року №21/1087-пк. Заява на страхування з усіма додатками, Поліс (Договір) страхування та Правила в частині загальних положень та обраних додатків до Правил є юридичною формою взаємовідносин Страховика та Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувачів) і розглядаються як єдине ціле та становлять Договір страхування життя (Далі — Договір страхування). Пропоную укласти Договір страхування за класом 19 на умовах, викладених у цій Заяві.

Страховик: ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «КНЯЖА ЛАЙФ ВІЕННА ІНШУРАНС ГРУП»

Страхувальник:

ПІБ _____
 Дата народження ” _____ ” _____ р. Ідентифікаційний код (РНОКПП) _____
 Документ, що посвідчує особу: Назва документа _____ Серія _____ № _____
 Орган, що видав _____
 Дата видачі _____ Адреса реєстрації _____
(Індекс, країна, область, район, населений пункт, вулиця, будинок, квартира)
 _____ Громадянство _____
 Номер телефону _____ Viber _____ E-mail _____
 Адреса проживання _____
(Якщо не співпадає з адресою реєстрації) (Індекс, країна, область, район, населений пункт, вулиця, будинок, квартира)

Застрахована особа: (Відмітити, якщо Страхувальник є Застрахованою особою)

ПІБ _____
 Дата народження ” _____ ” _____ р. Ідентифікаційний код(РНОКПП) _____
 Документ, що посвідчує особу: Назва документа _____ Серія _____ № _____
 Орган, що видав _____
 Дата видачі _____ Адреса реєстрації _____
(Індекс, країна, область, район, населений пункт, вулиця, будинок, квартира)
 _____ Громадянство _____
 Номер телефону _____ Viber _____ E-mail _____

Персональні дані:

| | | | |
|---|--|--|---|
| 1. Чи належите Ви до національних або іноземних публічних діячів, діячів, що виконують політичні функції в міжнародних організаціях, їх близьких осіб або пов'язаних з ними осіб? | <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ | <i>(Страховальник)</i> | |
| 2. Чи належите Ви до політично значущих осіб, до осіб, пов'язаних з політично значущою особою або членів сім'ї політично значущої особи? | <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ | <i>(Страховальник)</i> | |
| 3. Розмір доходу на місяць? <input type="checkbox"/> до 20 000 грн <input type="checkbox"/> 20 001 – 50 000 грн <input type="checkbox"/> 50 001-100 000 грн <input type="checkbox"/> понад 100 000 грн | | | |
| 4. Мета та характер майбутніх ділових відносин між Вами та ПрАТ СК «КНЯЖА ЛАЙФ ВІЕННА ІНШУРАНС ГРУП»? | <input type="checkbox"/> Укладення договору страхування життя <input type="checkbox"/> Інше _____ | | |
| 5. Потреби та вимоги Страхувальника <input type="checkbox"/> Страхування життя з накопичувальною складовою <input type="checkbox"/> Страхування життя з ризиковою складовою <input type="checkbox"/> Страхування допоміжних ризиків (смерть в результаті нещасного випадку, травма, хвороба, тілесні ушкодження, тимчасова та/або постійна (стійка) втрата працездатності) | | | |
| 6. Статус «Е-резидент» (електронний резидент) | <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ | | |
| 7. Для цілей CRS (міжнародний обмін даними) Чи має Страхувальник інше, ніж України, резидентство? Якщо ТАК, зазначте дані іншої країни резидентства: | <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ | | |
| Країна _____ ІНН (ППН, Tax number, Social number) _____ | Повна Адреса (зазначити місто, вулицю, номер будинку та квартири/апартаментів) | | |
| 8. Для виконання положень Закону України «Про санкції» та реалізацію спеціальних економічних та інших обмежувальних заходів (санкцій), чи накладено на вас персональні або секторальні санкції Ради національної безпеки і оборони України? Якщо відповідь ТАК, зазначте номер Указу Президента: | <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ | | |
| 9. Чи наявний страховий інтерес, у тому числі стосовно застрахованої особи та/або вигодонабувача? (Страховий інтерес - матеріальна заінтересованість та/або потреба потенційного страхувальника (іншої особи, визначеної у договорі страхування) у страхуванні ризиків, пов'язаних з життям, здоров'ям, працездатністю та пенсійним забезпеченням) | <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ | | |
| 10. В цілях виконання вимог Угоди FATCA Чи відповідає Страхувальник критеріям «довгострокового перебування» (перебування на території США не менше 31 дня протягом поточного календарного року та не менше 183 днів протягом 3 останніх років, включаючи поточний рік і два попередні роки. При цьому, для поточного року враховуються всі дні, проведені клієнтом у США, для попереднього року – 1/3 днів, а для попереднього року – 1/6 днів) Довіреність/повноваження на підписання, видані в США <input type="checkbox"/> ТАК Довіреність на представництво або право підпису надано особі з адресою у США <input type="checkbox"/> ТАК | | На всі питання стосовно Угоди FATCA <input type="checkbox"/> НІ | |
| Громадянство США <input type="checkbox"/> ТАК | Дозвіл на постійне перебування в США (Green Card) <input type="checkbox"/> ТАК | Країна народження США <input type="checkbox"/> ТАК | Адреса у США <input type="checkbox"/> ТАК |
| 11. Вкажіть, будь ласка, Ваше місце роботи (повна назва, адреса), посаду та опишіть обов'язки, які Ви виконуєте? | Застрахована особа | Страховальник | |

Національні публічні діячі - фізичні особи, які виконують або виконували в Україні визначні публічні функції. Перелік посад наведено в пункті 37 статті 1 Закону 361-ІХ.
 Іноземні публічні діячі - фізичні особи, які виконують або виконували визначні публічні функції в іноземних державах. Перелік посад наведено в пункті 28 статті 1 Закону 361-ІХ.
 Е-резидент - іноземець, який досяг 18-річного віку, не є податковим резидентом України, отримав відповідні кваліфіковані електронні довірчі послуги та інформація про якого внесена до інформаційної системи «Е-резидент» (пункт 14.1.56 Податкового кодексу України).

| | |
|---------------------------|----------------------|
| Застрахована особа | Страховальник |
| Підпис _____ | Підпис _____ |

Дуже уважно прочитайте запитання. Надайте повну та розгорнуту відповідь на кожне запитання. У випадку надання неповної або неправдивої інформації Страховик має право в подальшому не визнати випадок страховим та/або відмовити у здійсненні страхової виплати.

| № | Запитання (Інформація щодо Страхувальника не заповнюється, якщо Страхувальник є Застрахованою особою) | Застрахована особа | Страхувальник |
|---|---|---|---|
| 1. | Вага, зріст | кг см | кг см |
| 2. | Артеріальний тиск: звичайний Чи трапляються у Вас підвищення артеріального тиску, як часто? Яких максимальних значень сягає Ваш артеріальний тиск при підвищенні, зазначте, будь ласка: | / / <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | / / <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 3. | Яке Ваше середнє споживання тютюнових виробів (щодня) _____, як довго _____, алкоголю (за тиждень) _____? | | |
| 4. | Чи пов'язана Ваша професійна діяльність з підвищеним ризиком (робота з механізмами, ручними інструментами, переважно ручний або важкий ручний труд, робота з джерелами підвищеної небезпеки, підняття/переміщення важких предметів, робота на висоті, під землею, з високою напругою, з хімічними речовинами та інше)? Чи була пов'язана Ваша професійна діяльність раніше з ризиком виникнення професійних захворювань ? | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 5. | Чи захоплюєтеся Ви ризиковими видами спорту/хобі ? Якщо Так, то вкажіть, якими саме? | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| Чи хворіли Ви у минулому або чи хворієте зараз на наступні захворювання (або маєте діагнози/ будь-які скарги): | | | |
| 6. | Будь-які захворювання серцево-судинної системи (ішемічна, гіпертонічна хвороба, аритмія, інфаркт міокарда, стенокардія, вроджена вада серця, судинні захворювання, атеросклероз, порушення кровообігу та ін.)? | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 7. | Хвороби органів дихання (астма, бронхіт, пневмонія, туберкульоз, плеврит та ін.), алергічні захворювання ? | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 8. | Хвороби органів травлення (виразкова хвороба, захворювання печінки, жовчного міхура, підшлункової залози, коліт, позитивні проби на гепатит В і С та ін.)? | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 9. | Хвороби сечостатевої системи (сечокам'яна хвороба, захворювання нирок, сечового міхура, простати, інфекції, що передаються статевим шляхом та ін.)? | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 10. | Захворювання ендокринної системи (діабет, хвороби щитовидної залози та ін.), розлади харчування та порушення обміну речовин ? | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 11. | Хвороби вуха, горла, носа, очей (порушення зору, астигматизм, отити, гайморит/синусити та ін.)? | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 12. | Захворювання опорно-рухового апарату , (м'язів, кісток, суглобів, хребта), системні захворювання (ревматизм, склеродермія та ін.)? Чи маєте Ви перенесені травми (рік травмування, характер травми, наслідки, надайте виписку). | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 13. | Будь-які неврологічні або психічні розлади (епілепсія, параліч, інсульт, розсіяний склероз, стан депресії, лікування з приводу алкоголізму, наркоманії та ін.)? | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 14. | Новоутворення (пухлини злоякісні або доброякісні), будь-які захворювання крові ? | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 15. | СНІД (ВІЛ) або будь-які інші хвороби, що не перелічені вище ? | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 16. | Чи існують інші важливі обставини або ризики, відсутні в переліку ? Чи маєте Ви в даний час ознаки гострого інфекційного захворювання , такі як кашель, підвищення температури тіла, загальна слабкість, задишка, діарея та ін.? | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 17. | Чи приймали/приймаєте Ви останні 5 років часто або регулярно будь-які медикаменти (знеболюючі, препарати для лікування гіпертонічної хвороби, з приводу діабету та ін.)? Якщо ТАК, вкажіть, які саме. | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 18. | Чи були Ви коли-небудь у лікарні чи іншому лікувальному закладі на лікуванні (вкажіть рік, діагноз, надайте виписку), з приводу оперативного втручання (вкажіть рік втручання, діагноз, опис втручання, надайте виписку) чи обстеження ? | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 19. | Чи присвоєна (була присвоєна; знаходитеся в процесі оформлення) Вам група інвалідності ? Якщо Так, яка саме? | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 20. | Чи призначено Вам на даний час обстеження або лікування ? Чи плануєте Ви звернутися за медичною допомогою або пройти медичне обстеження? | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 21. | Чи знаходитеся (або знаходилися) Ви на диспансерному обліку (назва лікувального закладу, діагноз, рік взяття на облік)? | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 22. | Вкажіть, будь ласка, назву та адресу медичних закладів, якими Ви користуєтесь. | | |
| 23. | Чи існують інші укладені договори страхування Вашого життя, здоров'я чи страхування на випадок нещасного випадку (якщо так, вкажіть страховика, розмір страхової суми)? Чи отримували Ви страхові виплати за договорами страхування життя та здоров'я або від нещасного випадку? Чи відмовляли коли-небудь страховики в укладенні договорів страхування Вашого життя, здоров'я, втрати працездатності або чи погоджували їх укладання за умов зміни тарифу або прийняття на особливих умовах? | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 24. | Чи хворів хто-небудь із Ваших родичів на наступні захворювання: діабет, інсульт, інфаркт, серцеві захворювання, захворювання нирок, рак, туберкульоз, психічні захворювання? | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |

Для запитань, на які Ви дали позитивну відповідь, вкажіть більш детальну інформацію:

| № | Застрахована особа | № | Страхувальник |
|---|--------------------|---|---------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Своїм підписом я підтверджую, що надані відповіді є повними та правдивими.

| Застрахована особа | Страхувальник |
|--------------------|---------------|
| Підпис _____ | Підпис _____ |

Вигодонабувачі:

| Страхові випадки згідно з Додатками: | | Дата народження | Частка, % |
|--------------------------------------|---|-----------------|-----------|
| 1 | <input type="checkbox"/> Дожиття <input type="checkbox"/> Смерть <input type="checkbox"/> Інші страхові випадки | | |
| | ПІБ _____ Адреса реєстрації _____ | | |
| 2 | <input type="checkbox"/> Дожиття <input type="checkbox"/> Смерть <input type="checkbox"/> Інші страхові випадки | | |
| | ПІБ _____ Адреса реєстрації _____ | | |
| 3 | <input type="checkbox"/> Дожиття <input type="checkbox"/> Смерть <input type="checkbox"/> Інші страхові випадки | | |
| | ПІБ _____ Адреса реєстрації _____ | | |
| 4 | <input type="checkbox"/> Дожиття <input type="checkbox"/> Смерть <input type="checkbox"/> Інші страхові випадки | | |
| | ПІБ _____ Адреса реєстрації _____ | | |

Перш ніж підписати Заяву, перевірте, будь ласка, уважно, чи вірно і повністю вказані дані. Своїм підписом Ви **підтверджуєте** правильність вказаних даних.

Мені відомо, що Декларація є частиною даної Заяви та повністю з нею погоджуюсь. Я підтверджую, що ознайомився(лась) з інформацією про програму страхування, що розміщена на сайті Страховика за посиланням <https://www.kniazha-life.com.ua/programi-strahuvannya>, до укладення Договору страхування та моменту набрання Договором страхування юридичної чинності та згоден(на) з усіма істотними умовами, зрозумів(ла) їх, стосовно усіх запитань, які у мене виникли, отримав(ла) вичерпну відповідь та підтверджую, що цієї інформації достатньо для прийняття мною усвідомленого рішення про укладання договору страхування.

Страховальник та Застрахована особа надають згоду та уповноважують будь-якого лікаря, лікарню, поліклініку або іншу організацію, яка надає медичну допомогу, лабораторію або діагностичний центр, будь-якої форми власності, що знаходяться в Україні або за межами України, страхову компанію або будь-яку іншу компанію, організацію, або будь-яку особу, що володіє інформацією про мене, надати необхідну Страховику інформацію (надання якої передбачено Договором страхування та/або для прийняття рішення стосовно Договору страхування), включаючи копії документів із зазначенням захворювань або нещасних випадків, пройденого мною лікування, обстеження, консультацій або госпіталізації, перенесених захворювань, а також про моє професійне заняття і місце роботи (характер виконуваних робіт) або про інші події, які виникали до початку дії Договору страхування, виникли або можуть виникнути протягом строку дії Договору страхування (**будь-які** хвороби, що були в минулому або теперішні хвороби **включно ті, що не мають безпосереднього зв'язку із заявленим випадком**), наслідки нещасних випадків, фізичні вади, результати досліджень та експериментального лікування, стан здоров'я тощо). Страховик має право надавати копію цієї згоди в межах умов, визначених цією Заявою (опитувальником) та Договором страхування.

Шляхом підписання цієї Заяви(опитувальника) **Застрахована особа підтверджує надання згоди на укладення договору страхування та надає право Страховику на звернення із запитом** до закладів охорони здоров'я, правоохоронних органів та інших компетентних установ, які можуть надати роз'яснення з приводу обставин настання Страхового випадку, в тому числі інформацію щодо стану здоров'я Застрахованої особи й отриману медичну допомогу, а також згоду на отримання Страховиком інформації щодо діагнозів, історій хвороб Застрахованої особи та іншої інформації, що становить лікарську таємницю, та використання отриманої інформації згідно з умовами Договору.

Ідентифікацію та верифікацію проведено _____

ПІБ _____ Тел. +38(0____) _____
Підпис _____

Підписи сторін**Застрахована особа****Страховальник**

Підпис _____
Дата "___" _____ 20___ р.

Підпис _____
Дата "___" _____ 20___ р.

ЗАПОВНЮЄТЬСЯ СТРАХОВИКОМ!

Дата отримання Заяви 1 _____ № Полісу (Договору страхування) _____ Початок дії _____ Приймається частково повністю

Дата отримання Заяви 2 _____ № Полісу (Договору страхування) _____ Початок дії _____ Приймається частково повністю

Строки сплати страхових внесків: Заява 1 _____ Заява 2 _____

М.П. Підпис

ПІБ

- Я підтверджую, що всі твердження у Заяві (опитувальнику) (далі – Заява) є **свідомими**, правдивими і повними, всі викладені у письмовій формі.
- Я **розумію, усвідомлюю і погоджуюся**, що наведена у Заяві інформація є основою для укладення Договору страхування зі Страховиком. При наданні помилкової, неправдивої або неповної інформації Договір страхування вважатиметься недійсним з моменту його підписання, і Страховик звільнитиметься від будь-яких зобов'язань за Договором страхування.
- Я **стверджую**, що у момент підписання цієї Заяви я усвідомлюю значення своїх дій і можу керувати ними; розумію природу цього правочину, свої права та обов'язки за Договором страхування; при укладанні Договору страхування відсутній будь-який обман чи інше приховування фактів, які б мали істотне значення та були свідомо приховані мною; Договір страхування укладається мною у відповідності до моїх потреб та вимог у страхуванні, зі справжньою волею, без будь-якого застосування фізичного чи психічного тиску; не є результатом впливу тяжких для Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувачів) обставин; правочин вчиняється з наміром створення відповідних правових наслідків (не є фіктивним); цей правочин не приховує інший правочин (не є удаваням).
- Я розумію, що **об'єктом страхування** є життя, здоров'я, працездатність та/або пенсійне забезпечення застрахованої особи, стосовно якої страхувальник здійснює страхування.
- Я розумію, що **предметом страхування** є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених договором страхування
- Я **розумію, усвідомлюю і погоджуюся**, що страховий Поліс (далі – Поліс) є формою Договору страхування, який посвідчує факт укладення Договору страхування (далі – Договір страхування).
- **Договір страхування вступає в силу з 00 годин 00 хвилин дня (Київський час - тут та в подальшому), вказаного в Договорі (Полісі) страхування, але не раніше дня, наступного після дня сплати першого страхового внеску або його частини при розстрочці та погодження Страховиком умов страхування.**
- **Мені відомо, що Страховик не несе зобов'язань щодо страхового захисту до дати початку дії Договору (Полісу) страхування.**
- **Мені відомо, що Страховик зобов'язаний повернути в повному обсязі страховий платіж платнику у разі настання страхового випадку, якщо на дату настання страхового випадку Сторонами ще не узгоджено всі умови Договору страхування (Страховиком не прийнято рішення щодо страхування) та Договір (Поліс) страхування не укладено.**
- Територія дії Договору територія всього світу, крім тимчасово окупованих територій, АР Крим, а також населених пунктів, на території яких органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження, якщо інше не вказано в Договорі страхування.
- **Мені відомо, що у випадку зазначення одного Вигодонабувача за окремим ризиком та, якщо при цьому не вказана його частка у страховій виплаті, вона приймається за 100%. У випадку зазначення двох або більше Вигодонабувачів за окремим ризиком та, якщо при цьому розмір часток у страховій виплаті для них не зазначено, вона поділяється між цими особами у рівних частинах. У випадку зазначення двох або більше Вигодонабувачів за окремим ризиком та, якщо при цьому загальна сума часток у страховій виплаті є менша (або більша) ніж 100%, різниця розподіляється (утримується) між Вигодонабувачами пропорційно розмірам їх часток у страховій виплаті. Якщо Розділ Заяви «Вигодонабувачі» не буде заповнено - Вигодонабувачем на випадок смерті вважаються спадкоємці Страхувальника, які визначаються згідно чинного законодавства України, Вигодонабувачем за страховими випадками іншими, ніж смерть, вважається Страхувальник.**
- Я **усвідомлюю і погоджуюся**, що з метою виконання умов перестрахування та проведення належної оцінки ризику я зобов'язаний за вимогою Страховика забезпечити реалізацію права Страховика на проведення андеррайтингу (надати на вимогу Страховика інформацію та документи), в тому числі медичного обстеження Застрахованої особи, зокрема при зміні істотних умов Договору страхування, зміні ступеня страхового ризику та інше.
- **Страхувальник погоджується з правом Страховика змінити розмір страхової суми та/або тарифу та/або страхового внеску, вказаних в цій заяві, не більше ніж на 10 (десять) відсотків. В цьому випадку Договір страхування укладається шляхом надіслання Страхувальнику Полісу, підписаного Страховиком. Якщо Страховиком буде прийнято рішення про зміну запропонованих Страхувальником умов страхування, Сторони укладають Договір страхування в двох примірниках (по одному для кожної зі Сторін). Страховик надсилає два екземпляри Договору страхування, а Страхувальник зобов'язаний підписати даний Договір страхування протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів з дати його отримання та в цей же строк повернути один примірник Страховику.**
- **Мені відомо, що якщо черговий страховий внесок не надійшов на розрахунковий рахунок Страховика у розмірі і в строки, передбачені Договором страхування, від Страхувальника не надійшла письмова заява щодо внесення відповідних змін до Договору страхування та Договором страхування не передбачено інше, Страховик після закінчення строку сплати може в односторонньому порядку провести редукування страхової суми та зміну викупних сум, виходячи з розміру страхових резервів, сформованих за таким Договором страхування життя з накопичувальною складовою. Страховик повідомляє Страхувальника про розмір редукованої страхової суми та відповідно нових викупних сум після редукування, якщо він не був вказаний в Договорі страхування, протягом 30 (тридцяти) календарних днів з моменту здійснення редукування шляхом надіслання відповідного повідомлення (у т.ч. в електронній формі на електронну адресу чи за допомогою телефонного зв'язку або додатків (програм), особистого онлайн кабінету клієнта тощо), якщо інше не передбачено Договором страхування.**
- **Мені відомо, що Страхувальник за договором страхування життя має право на бонуси від розміщення та управління активами, що покривають відповідні технічні резерви, якщо інше не передбачено договором страхування життя, які визначаються Страховиком з урахуванням вимог нормативно-правових актів Регулятора. Повідомлення про бонуси надсилаються Страхувальнику один раз на рік у письмовій формі у спосіб, визначений договором страхування життя, у т.ч. в електронній формі на електронну адресу чи за допомогою телефонного зв'язку або додатків (програм), особистого онлайн кабінету клієнта тощо.**
- **Мені відомо і я даю згоду на те, що зміна умов Договору страхування в обов'язковому порядку узгоджується зі Страховиком. Будь-які зміни до Договору страхування оформлюються Додатковими угодами та/або шляхом обміну листами/заявами/документами про узгодження відповідних змін, підписаними стороною, яка їх надсилає, та є невід'ємною частиною Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування. Страхувальник не має права змінювати застраховану особу.**
- **Мені відомо, що у разі дострокового припинення Договору страхування життя Страховик розглядає заяву протягом 30 (тридцяти) календарних днів та виплачує Страхувальнику викупну суму згідно з умовами договору страхування протягом 60 (шістдесят) календарних днів з дня надання Страхувальником/його спадкоємцем/Довіреною особою (законним представником) відповідних документів в повному обсязі згідно із Правилами страхування та чинного законодавства.**
- **Мені відомо, що викупні та страхові суми підлягають оподаткуванню відповідно до чинного законодавства України на момент здійснення такої виплати.**
- **Мені відомо, що Страхувальник може щорічно відповідно до чинного законодавства використовувати податкові пільги за договорами страхування життя з накопичувальною складовою, застосовуючи податкову знижку для фізичних осіб, які не є суб'єктами господарювання.**
- **Мені відомо, що Страхувальник має право відмовитися від договору страхування, якщо Поліс містить розбіжності із заявою (крім випадків попередньої згоди Страхувальника), протягом 45 днів з дня його отримання, а Страховик зобов'язаний повернути отримані кошти за таким договором у повному обсязі. В інших випадках Страхувальник має право відмовитися від договору страхування протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору страхування без пояснення причин. Про намір відмовитися від Договору страхування Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій формі (у паперовому вигляді) до закінчення зазначеного строку.**

| Застрахована особа | Страхувальник |
|--------------------|---------------|
| Підпис _____ | Підпис _____ |

- **Мені відомо**, що страховий посередник, який приймає Заяву, не має права приймати будь-які рішення за Страховика та не має права давати за Страховика роз'яснення на мій запит. Зобов'язання Страховика по Договору страхування вважаються дійсними лише у тому випадку, якщо про них повідомлено в письмовій формі відповідно до правил ведення документообігу Страховика.
- **Мені відомо**, що страховий посередник не уповноважений приймати страхові внески готівкою або в безготівковій формі від Страхувальника. Особливості розрахунку між Сторонами можуть бути додатково передбачені умовами Договору страхування.
- **Мені відомо**, що Договір страхування не є додатковим до інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими.
- **Страхувальник**, шляхом підписання цієї Заяви(опитувальника), **надає Страховику дозвіл** на обробку всіх своїх персональних даних в цілях, пов'язаних з виконанням Сторонами умов Договору страхування без обмеження терміну зберігання і обробки, а також для цілей здійснення зв'язку зі Страхувальником для надання інформації про виконання Договору, для організації поштових розсилок, обміну документацією в особистому кабінеті клієнта, розсилок SMS та Viber -повідомлень і розсилок електронною поштою на адресу Страхувальника, для передачі інформаційних і рекламних повідомлень про послуги Страховика, а також послуги фінансової групи ВІСННА ІНШУРАНС ГРУП УКРАЇНА, в інших цілях, які не суперечать законодавству України.
- **Я надаю Страховику свій дозвіл** на передачу у необхідному обсязі моїх персональних даних, що витікають з укладення Договору страхування та/або для прийняття рішення щодо страхової виплати за Договором страхування (ідентифікаційні, паспортні, біометричні дані, стан здоров'я, особисті відомості, інформація про внески, страхові випадки (заяви), зміни в Договорі страхування та ризики тощо), без обмеження терміну їх зберігання і обробки, Перестраховику для оцінки ризику та здійснення перестраховання, а також для передачі цих даних іншим страховикам та/або в інших випадках відповідно до чинного законодавства України, без повідомлення мене про це.
- **Я надаю Страховику свій дозвіл** на передачу у необхідному обсязі моїх персональних даних для надання мені консультацій через Сервіс «ЛІКАР ОНЛАЙН» за умови підключення Страховиком мене до даного Сервісу.
- Шляхом підписання цієї Заяви(опитувальника) **Страхувальник підтверджує** те, що йому до укладання Договору страхування Страховиком було додатково надано інформацію, яка визначає права клієнта на інформацію та закріплена в Законі України «Про фінансові послуги та фінансові компанії».
- **Страхувальник підтверджує**, що отримав відповіді на усі питання та вичерпну інформацію стосовно послуги, в зрозумілих для нього термінах, пересвідчився у наявності потрібних йому умов співпраці, свідомо та вільно зробив свій вибір послуги. Страхувальник підтверджує, що ознайомлений з тим, що будь-які будь-які спори, пов'язані зі страхуванням, вирішуються в першу чергу шляхом переговорів. Адреса Страховика, за якою приймаються скарги клієнтів: 04050, м. Київ, вул. Глибочицька, 44.
- Порядок розгляду звернень споживачів Страховиком, включаючи інформацію про уповноважені державні органи (включаючи Національний банк України), до яких відповідно до законодавства України споживач має право подати звернення з питань захисту прав споживачів фінансових послуг викладено на сайті Страховика за посиланням <https://www.kniazha-life.com.ua/rozkrittta-informaciyi>.
- **Мені відомо**, що перевірити ліцензію Страховика та її актуальність можна на сайті НБУ у розділі Комплексна інформаційна система Національного банку (КІС НБУ).
- **Я підтверджую**, що вся подана вище інформація є достовірною. Надаю згоду на її обробку та використання **в цілях виконання вимог Угоди FATCA**. Цим гарантую, що в випадку зміни інформації, наданої у Заяві (опитувальнику), зобов'язуюся протягом 30 календарних днів повідомити про це Страховика. У разі неповідомлення Страховика зобов'язуюся нести відповідальність за будь-які збитки, заподіяні таким неповідомленням.
- **Я підтверджую**, що вся зазначена вище інформація, **для цілей CRS** (Загальний стандарт звітності), є правдивою, та зобов'язуюсь, протягом 30 календарних днів з дня змін в моїх даних, або отримання іншого ніж України резидентства (додаткового резидентства), надати Страховику інформацію та підтверджуючі документи щодо таких змін. Я також ознайомлений з тим, що Страховик може мати обов'язок передати інформацію про цей, укладений мною договір до Державної податкової служби України, яка може здійснити обмін цією інформацією з податковими органами інших держав/юрисдикцій, відповідно до Багатосторонньої угоди компетентних органів про автоматичний обмін інформацією про фінансові рахунки. (В контексті Багатосторонньої угоди та Загального стандарту звітності, фінансовий рахунок – це договір страхування з викупною сумою або договір ануїтету).
- **Страхувальник (Застрахована особа) підтверджує** своє ознайомлення про свої права, пов'язані зі зберіганням і обробкою персональних даних, визначених чинним законодавством, цілі обробки даних і осіб, яким передаються його персональні дані.
- Мене повідомлено, що сукупність інформації про клієнта (Страхувальника/Застраховану особу/Вигодонабувача) та його фінансовий стан, яка стала відома Страховику або страховому посереднику у зв'язку з укладанням та/або виконанням цього Договору та розголошення якої може заподіяти матеріальну чи моральну шкоду такому клієнту (страхувальнику) є **таємницею страхування**. Страховик, особи, які входять до складу органів управління та контролю страховика, аудитори, відповідальні актуарії, інші особи, які є працівниками страховика, страхові посередники та їх працівники, інші особи, яким страховик доручив виконання частини діяльності із страхування, зобов'язані забезпечувати зберігання та захист інформації, яка становить таємницю страхування, з метою недопущення її незаконного розкриття. За розголошення таємниці страхування передбачено настання відповідальності згідно з чинним законодавством.
- Разом із Заявою (опитувальником) **я надаю** належним чином завірені копії документів фізичних осіб, зазначених в Заяві (опитувальнику).
- Незважаючи на будь-які інші умови цього Договору (Пере)Страховик не надає страхове покриття, і не здійснює платежі будь-якого характеру та не надає послуги або виплати будь-якого характеру будь-якому Страхувальнику/Вигодонабувачу/Застрахованій особі/третій особі за цим Договором в тій мірі, в якій надання такого покриття, проведення страхової виплати або здійснення страхового відшкодування піддаватиме (Пере)Страховика будь-яким санкціям, заборонам або обмеженням згідно з резолюціями Організації Об'єднаних Націй або торгово-економічними санкціями, законами чи правилами Європейського Союзу, України або Сполучених Штатів Америки (за умови, що це не порушуватиме будь-які норми чи конкретні закони України, що застосовуються до (Пере)Страховика).

Страховик

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «КНЯЖА ЛАЙФ ВІСННА ІНШУРАНС ГРУП»
 04050, м. Київ, вул. Глибочицька, 44. Тел: +38 (044) 585-55-08, служба підтримки клієнтів та партнерів: 0 800 508 501 (безкоштовно).
 e-mail: info@kniazha-life.com.ua www.kniazha-life.com.ua

Банківські реквізити: UA78305299000026506026800253 у ПАТ КБ «ПРИВАТБАНК», код ЄДРПОУ 30434963

Ліцензія Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України АВ № 499990 від 04.06.2010 року (переоформлено 27.09.2016 р.).

Спосіб відправки Договору страхування: Через страхового посередника Особисто

| Застрахована особа | Страхувальник |
|--------------------|---------------|
| Підпис _____ | Підпис _____ |