

5. Декларація

- 5.1. Цим підтверджую, що вся інформація, наведена в цій Заяві та укладання Договору добровільного страхування життя (далі – Заява), мною зрозуміла, надана добровільно, є повною та достовірною.
- 5.2. На момент заповнення цієї Заяви Застрахована особа не має інвалідності I і II групи, не є онкологічно хворою, хворою на тяжкі форми захворювань серцево-судинної системи та ниркової недостатності, цукровий діабет, параліч, тяжкі хвороби легенів, головного мозку, шлунку, не перебуває на обліку наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерів, центрів із профілактики та боротьби зі СНІДом.
- 5.3. Я згоден(на), що вся інформація, наведена в цій Заяві та відомості про Застраховану особу є істотними умовами Договору, та якщо буде виявлено неповне та недостовірне надання інформації в цій Заяві, то Страховик буде мати право визнати Договір недійсним відповідно до положень ст.ст. 229, 230 Цивільного кодексу України.
- 5.4. Я розумію, що я повинен(на) повідомити Страховика про всі зміни роду моєї діяльності протягом терміну дії Договору.
- 5.5. Я надаю право будь-якому лікарю, лікарні, клініці, надавачу медичних послуг, страховій компанії або будь-якій іншій особі, яка має який-небудь запис або інформацію про мене, надати Страховику повну інформацію, включаючи копії записів про будь-які хвороби або нещасні випадки, будь-яке лікування, дослідження, обговорення або госпіталізацію, а також про мою зайнятість.
- 5.6. Якщо відповіді написані не моєю рукою, підтверджую, що я їх завірив(-ла) і вони відповідають дійсності.
- 5.7. Я згоден(на) з тим, що вся інформація, зазначена в цій Заяві та відомості про Застраховану особу, будуть основою Договору, і якщо буде виявлено умисне спотворення або приховування інформації, що впливає на прийняття рішення про мого страхування, то Страховик буде мати право розірвати укладений Договір.
- 5.8. Я згоден(на) з тим, що Договір набере чинності відповідно до рішення Страховика про умови прийняття на страхування починаючи з дати, що буде зазначена в Полісах добровільного страхування життя і тільки після сплати мною страхових внесків в повному обсязі.
- 5.9. Я погоджуюсь з можливим збільшенням страхового внеску/зменшенням розміру страхових сум внаслідок оцінки ризиків на основі даних, наведених у цій Заяві.
- 5.10. Мені відомо, що страховий посередник не уповноважений приймати страхові внески готівкою або в безготівковій формі від Страховальника. Розрахунки між Сторонами проводяться в гривні за курсом НБУ на день сплати, а зі Страховальниками-нерезидентами – у іноземній вільноконвертованій валюті або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених чинним законодавством України.
- 5.11. Мені відомо, що при сплаті страхових платежів або здійсненні страхових виплат у валюті іншій ніж гривня враховується курс НБУ з усіма знаками після коми.
- 5.12. Я згоден(на) з тим, що якщо під час перших трьох років дії Договору, який був укладений відповідно до цієї Заяви, Страховальник не сплатив черговий страховий платіж у повному обсязі в передбачені Договором строки, включаючи Пільговий період, такий Договір продовжує діяти на змінених умовах, відповідно до яких страхова сума за основними ризиками зменшується до 10 гривень, 1 долара США/євро, залежно від валюти Договору. При цьому страхове покриття за додатковими ризиками припиняється. У разі непогашення Страховальником заборгованості до кінця третього року дії Договору, такий Договір припиняє свою дію в останній день третього року його дії.
- 5.13. Мені відомо, що у разі смерті Страховальника або Застрахованої особи в результаті нещасного випадку протягом дії Договору страхування, виключення із страхових випадків, передбачені пп. 4.1.4., 4.3.4., 4.3.6., 4.3.7. та 4.3.8 Правил добровільного страхування життя Страховика, не застосовуються.
- 5.14. Мені відомо, що страхове покриття за страховим випадком «Звільнення від сплати страхових внесків у випадку смерті Страховальника внаслідок нещасного випадку» починає діяти через 3 (три) календарних дні після початку дії Договору.
- 5.15. Я розумію, що під поверненням внесків мається на увазі розмір страхової суми у грошовому виразі у національній валюті - гривні, що відповідає сумі сплачених страхових внесків або гривневою еквіваленту валюти страхування на момент укладання Договору в цілому або за окремими ризиками, передбаченими Договором, на момент настання страхового випадку.
- 5.16. Я даю згоду на використання Страховиком факсимільного відтворення підпису Страховика (його уповноваженої особи) та відтиску його печатки за допомогою засобів механічного, електронного або іншого копіювання як аналога власноручних підпису та відтиску печатки. З Договором-пропозицією про використання факсимільного відтворення підпису ознайомився на сайті Страховика gli.com.ua.
- 5.17. Я ознайомлений(на) та погоджуюсь з Правилами добровільного страхування життя Страховика та умовами Програми страхування, які є невід'ємними частинами Договору та розміщені на сайті Страховика gli.com.ua.
- 5.18. Я погоджуюсь з тим, що надані мною персональні дані можуть використовуватися Страховиком з метою отримання мною інформації про послуги Страховика.
- 5.19. Цим підтверджую, що мені надана та роз'яснена інформація, зазначена в частині другій статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг». Мені відомо, що зазначена інформація розміщена на сайті Страховика gli.com.ua
- 5.20. Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» даю свою згоду Страховику на обробку моїх персональних даних (ідентифікаційні, паспортні, біометричні дані, особисті відомості тощо) з метою забезпечення реалізації відносин у сфері страхування життя та перестрахування, передачу моїх персональних даних у випадках, передбачених умовами договорів та чинним законодавством України, без повідомлення мене про це.
- 5.21. Для ідентифікації фізичних осіб, наведених в Заяві, разом із Заявою я надаю належним чином завірнені копії документів.

СТРАХУВАЛЬНИК

(інформацію в цій Заяві підтверджую)

_____ / _____ /
(підпис) (ініціали та прізвище)

ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА

(на страхування згоден(-на) та інформацію про стан здоров'я підтверджую)

_____ / _____ /
(підпис) (ініціали та прізвище)

ШБ консультанта
Страховий посередник

	Мобільний телефон	