



**Заява на отримання страхової виплати
по дожиттю за Договором страхування
життя №**

1. Заявник

Вигодонабувач Представник Вигодонабувача (за законом/за довіреністю)

ПІБ _____

Дата народження . . РНОКПП

Паспортні дані: серія _____ номер _____ виданий _____

дата видачі . .

Адреса проживання: індекс

Контактний телефон _____ E-mail _____ @ _____

2. Інформація про подію

ПІБ Застрахованої особи: _____

Дата народження . .

Дожиття

Дата настання випадку . .

3. Спосіб отримання страхової виплати

Переказати кошти на банківський рахунок (необхідно надати довідку з реквізитами)

Зарахувати як страховий внесок за Договором страхування: _____

4. Додатки

Оригінал Договору (полісу) страхування та додатків до нього (рекомендовано)

Копії паспорта та РНОКПП Заявника (завірені власником)

5. Опитувальник

Надаю свою згоду ТДВ «СК «ГЛІ» (далі – Страховик) на обробку моїх персональних даних які були надані мною або стали відомі йому при укладенні та протягом дії договору страхування, в тому числі інформації про стан мого здоров'я, яка включає буду-яку дію або сукупність дій, здійснених повністю або частково в інформаційній системі та/або в картотеках персональних даних, які пов'язані зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і передачею, в тому числі страховому посереднику, знеособленням, знищенням відомостей про мене з метою забезпечення реалізації відносин зі страхування а також адміністративно – правових, податкових та відносин у сфері бухгалтерського обліку. Ця згода надається мною на строк реалізації зазначених відносин та може бути відкликана шляхом направлення мною письмового повідомлення Страховику за один місяць до моменту відкликання згоди.

Я надаю дозвіл Страховику використовувати цю інформацію тільки для вирішення питань, що пов'язані зі страхуванням, для прийняття рішення про страхову виплату, її розміри та для здійснення страхової виплати.

Я письмово повідомлений про включення інформації про мене до бази персональних даних Страховика, про свої права визначені Законом України «Про захист персональних даних», мету збору моїх персональних даних та осіб яким вони передаються.

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.

Згідно з вимогами Закону України №361-ІХ «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму, фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення» від 06.12.2019 року, просимо вказати інформацію за наступними питаннями:

1. Чи належите Ви до політично значущих осіб, членів їх сімей або пов'язаних з ними осіб (або були протягом останніх 12 місяців)?

Ні Так (Уточнюючий перелік осіб та повний опитувальник розміщені на офіційному сайті Страховика gli.com.ua)

2. Фінансовий стан (середньомісячний дохід): до 10 000 грн 10 001-30 000 грн 30 001-50 000 грн більше 50 001 грн

або вказати, де розміщена декларація _____

Заявник:

(підпис) / _____
(ініціали та прізвище)

Дата підписання:

. .