



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 коштів на банківський рахунок (необхідно надати довідку з реквізитами)

Зарахувати як страховий внесок за Договором страхування: _____

5. Додатки

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

Копії паспорта та РНОКПП Заявника (завірені власником)

6. 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, знеосбленням, 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-IX «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму, фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення» від 06.12.2019, 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 _____

Згідно з вимогами Закону України № 2970-IX «Про внесення змін до Податкового кодексу України та інших законодавчих актів України щодо імплементації міжнародного стандарту автоматичного обміну інформацією про фінансові рахунки» від 20.03.2023, просимо вказати інформацію за наступними питаннями¹:

1. Чи є Ви податковим резидентом² України?

Ні Так

2. Чи є Ви податковим резидентом іншої держави/юрисдикції (окрім України, якщо на питання 1 відповідь «Так»)?

Ні Так, перелік країн: _____

¹ Заповнюється якщо Заявник є Вигодонабувачем.

² Податковий резидент – особа, яка за законодавством певної держави підлягає оподаткуванню в ній на підставі місця проживання, постійного місця перебування, місця реєстрації або іншого аналогічного критерію.

3. Вкажіть ПІН в державі(ах)/юрисдикції(ях) податкового резидентства (окрім України, якщо на питання 2 відповідь «Так»).

ПІН: _____

- ПІН відсутній (вказіть причину):
- Держава/юрисдикція не видає ПІН;
- ПІН не вимагається (законодавство відповідної держави/юрисдикції не вимагає збір ПІН, виданих цією державою/юрисдикцією);
- Ви не можете отримати ПІН або еквівалентний номер з інших причин (вказіть причину): _____

Я підтверджую, що інформація надана мною в цій Заяві та інформація про Заявника та про Договір страхування може бути надана Державній податковій службі України, а остання може обмінюватися цією інформацією з податковими органами іншої держави/юрисдикції або державами/юрисдикціями, в якій (-их) Заявник може бути податковим резидентом, відповідно до Багатосторонньої угоди компетентних органів про автоматичний обмін інформацією про фінансові рахунки.

Заявник:

_____/_____
(підпис) (ініціали та прізвище)

Дата підписання:

. .