



ТДВ «СК «ГЛІ»

вул. Кирилівська, буд. 160Б, оф. 40, м. Київ, 04073

+38 044 222 69 39

www.gli.com.ua, info@gli.com.ua

Від Страхувальника (поточного):

ПІБ _____

Адреса для листування _____

Телефон _____

**Заява на зміну Страхувальника
за Договором (-ами) добровільного страхування життя**

№

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(номер Договору за основною програмою)

№

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(номер Договору за додатковою програмою (за наявності))

Прошу протягом 30 календарних днів з дати реєстрації цієї заяви або в річницю дії Договору (-ів), якщо за основним Договором передбачена опція «Звільнення Страхувальника від сплати внесків» та/або страховий випадок «Смерть Страхувальника», змінити Страхувальника за Договором (-ами).

ПІБ нового Страхувальника

Дата народження

--	--

 .

--	--

 .

--	--	--	--

Паспорт серія _____ номер _____ виданий _____ дата видачі

--	--	--	--	--	--

РНОКПП

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Адреса реєстрації: індекс

--	--	--	--	--	--

,

Адреса листування: індекс

--	--	--	--	--	--

,

Телефон _____

E-mail _____

До заяви додаються:

копія паспорта нового Страхувальника;

копія РНОКПП нового Страхувальника;

(Власник документу на кожній сторінці копії документу повинен зробити напис:

«Згідно з оригіналом», вказати дату, свої ініціали та прізвище, та поставити власний підпис.)

заповнена новим Страхувальником «Андеррайтингова (медична) анкета» (якщо за Договором передбачена опція «Звільнення Страхувальника від сплати внесків» та/або страховий випадок «Смерть Страхувальника»);

Заява на зміну Вигодонабувачів (за необхідності).

Письмову відповідь на цю заяву (додаток до Договору*) та всю подальшу кореспонденцію бажаю отримувати в електронному вигляді на мою електронну пошту, що міститься в базі даних Страховика.

*У разі оформлення електронного додатку до Договору Страхувальник дає 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. Ця заява та додаток до Договору вважатимуться додатковою угодою, що є невід'ємною частиною Договору.

Страховальник (поточний):

Застрахована особа (батьки/піклувальники/опікуни
Застрахованої особи, якщо вона є неповнолітньою):
«Із запропонованими змінами згоден(-на)»

_____/_____
(підпис) (ініціали та прізвище)

_____/_____
(підпис) (ініціали та прізвище)

Дата підписання:
□□□□ . □□□□ . □□□□□□

Дата підписання:
□□□□ . □□□□ . □□□□□□

Новий Страховальник:

Я ознайомлений(на) та погоджуюсь з Правилами добровільного страхування життя Страховика та умовами Програми страхування, які є невід'ємним частинами Договору(ів) та розміщені на сайті Страховика gli.com.ua

Поліс(и) добровільного страхування життя отримав.

Надаю згоду відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» на збирання, обробку ТДВ «СК «ГЛІ» моїх персональних даних та передачу їх третім особам (додаткового повідомлення про таку передачу не вимагається) з метою виконання умов та супроводження Договору(ів) страхування.

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, 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-ІХ «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 питаннями:

1. Чи є Ви податковим резидентом¹ України?

Ні Так

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

Ні Так, перелік країн: _____

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

ППН: _____

ППН відсутній (вкажіть

причину):

Держава/юрисдикція не видає ППН;

ППН не вимагається (законодавство відповідної держави/юрисдикції не вимагає збір ППН, виданих цією державою/юрисдикцією);

Ви не можете отримати ППН або еквівалентний номер з інших причин (вкажіть причину): _____

Я підтверджую, що інформація надана мною в цій Заяві та інформація про Страховальника 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.

_____/_____
(підпис) (ініціали та прізвище)

Дата підписання:
□□□□ . □□□□ . □□□□□□

¹ 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.