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:

ПІБ _____

Адреса для листування _____

Телефон _____

Заява на внесення змін
до Договору добровільного страхування життя

№ | | | | | | | | | | |

Прошу внести зміни до Договору страхування протягом 30 календарних днів з дати реєстрації цієї заяви, але не пізніше закінчення періоду очікування за Договором страхування:

Зміна переліку страхових випадків	- Дожиття Застрахованої особи до закінчення дії Договору страхування; - Смерть Застрахованої особи під час дії Договору страхування.
Періодичність страхових виплат	Одноразова.

☐ 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.

Декларація:

Надаю свою згоду Страховику на обробку моїх персональних даних які були надані мною або стали відомі йому при укладені 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.

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.

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 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 _____

Страхувальник:

☐Я підтверджую, що мої ідентифікаційні дані (паспортні дані, адреса реєстрації) не змінилися.

☐Я підтверджую, що мої ідентифікаційні дані змінилися. Копію паспорта додаю.

_____ / _____
(підпис) (ініціали та прізвище)

Дата підписання:
		.			.				

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

_____ / _____
(підпис) (ініціали та прізвище)

Дата підписання:
		.			.				