

ЗАЯВА-ПРИСДАННЯ (АКЦЕПТ) № _____
ДО ДОГОВОРУ ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ
ЗА ПРОГРАМОЮ «БРОНЕЗАХИСТ»
ОФЕРТИ № GL0001

Цю заяву-приєднання (надалі по тексті – Акцепт) складено на підтвердження вчинення Страхувальником електронного правочину щодо укладення Договору добровільного страхування життя за Офертою GL0001 (далі – Оферта) відповідно до положень Цивільного законодавства України та Закону України «Про електронну комерцію». Цей Акцепт оформлений в електронній формі і є електронним документом відповідно до Законів України «Про електронні документи та електронний документообіг», «Про електронні довірчі послуги» та «Про електронну комерцію». Договір страхування складається з Оферти та Заяви-акцепту. Страхувальник підписанням цієї Заяви засвідчує повне розуміння змісту Договору, значень, термінів і понять, усіх його умов, порядок його укладення та підписання, в т.ч. але виключно що цей документ є Індивідуальними умовами, містить всі істотні умови та інші умови визначені законодавством.

1. Страховик	Товариство з додатковою відповідальністю «Страхова компанія «АРКС Лайф»			
	Адреса:	04070, Україна, м. Київ, вул. Іллінська, буд. 8		
	Код ЄДРПОУ:	35692536	Телефон/Факс:	(044) 390-72-86
2. Страхувальник	П.І.Б.			
	Адреса:			
	ПІН:		Дата народження:	
	Електронна пошта		Телефон	
3. Застрахована Особа	<input type="checkbox"/> Страхувальник		<input type="checkbox"/> Інша особа	
	П.І.Б.			
	Адреса			
	ПІН		Дата народження:	
	Електронна пошта		Телефон	
3.1. Вигодонабувачі	За випадками Смерть за п. 5.1. та 5.3. – спадкоємці Застрахованої особи за Законом. За випадком Травматичного ушкодження Застрахованої особи – Застрахована особа.			
4. Строк дії договору	<input type="checkbox"/> 1 місяць		<input type="checkbox"/> 3 місяці	
	<input type="checkbox"/> 6 місяців		<input type="checkbox"/> 12 місяців	
	4.1. Дата початку дії:	4.2. Дата закінчення дії:		
4.3. Період очікування	7 (сім) днів, з дати початку дії Договору, зазначеної в п.4.1., протягом яких будь-який нещасний випадок не є підставою для отримання виплат по Договору і протягом терміну дії Договору. Період виключення (очікування) не застосовується при наступній пролонгації дії Договору (виключно шляхом укладання нового договору) за умови дотримання безперервності дії Договору. Після припинення дії цього Договору незалежно від причини такого припинення, у випадку укладення Страхувальником (Застрахованою особою) нового Договору страхування життя за цією програмою, Період виключення (очікування) буде застосований знову..			
5. Страхові випадки	6. Страховий тариф	7. Страхова сума (грн.) та ліміти відповідальності (% від страхової суми) за випадками (оберіть та позначте ✓)		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		100 000 грн.	200 000 грн.	300 000 грн.
5.1. Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку*		100 %	100 %	100 %
5.2. Травматичне ушкодження Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку*		Від 2 до 100% відповідно таблиці 1 та 2 Оферти GL0001	Від 2 до 100% відповідно таблиці 1 та 2 Оферти GL0001	Від 2 до 100% відповідно таблиці 1 та 2 Оферти GL0001
5.3. Смерть Застрахованої особи з будь-якої причини		100 грн.	200 грн.	300 грн.
* Нещасний випадок - це короткочасна подія або раптовий вплив на Застраховану особу різноманітних небезпечних зовнішніх факторів (фізичних, хімічних, технічних, інших), характер, час і місце дії яких можуть бути однозначно визначені та які відбулись проти волі Застрахованої особи, внаслідок яких заподіяно шкоду здоров'ю Застрахованої особи (тілесні ушкодження, порушення функцій організму), або настала її смерть в тому числі внаслідок пасивних військових ризиків**.				
8. Страховий платіж	8.1. Загальний Страховий платіж, грн		грн. (+ прописом)	
	8.1.1. за випадком п.5.1.		грн.	
	8.1.2. За випадком п.5.2.		грн.	
	8.1.3. За випадком п.5.3.		грн.	
	8.2. Строк сплати страхового платежу.		До 00.00.0000 р. включно	
	8.3. Порядок сплати страхового платежу:		Страховий платіж сплачується Страхувальником у грошовій	

	одиниці України шляхом зарахування грошових коштів на банківський рахунок Страховика. Страховий платіж сплачується одноразово в строк, зазначений в п. 8.2. Акцепту.
--	--

9. Декларація щодо Застрахованої особи

Я підтверджую, що на дату підписання Заяви Застрахована особа не приймає безпосередньої участі у збройному конфлікті, військових діях в будь-якій частині світу, а також не працює та не проходять службу у Збройних силах України, Національній гвардії України, Службі безпеки України, Службі зовнішньої розвідки України, Державній прикордонній службі України, Державній спеціальній службі транспорту, Військовій прокуратурі, воєнізованих підрозділах Міністерства Внутрішніх Справ України, Управлінні державної охорони України, Державній службі України з надзвичайних ситуацій, Державній кримінально-виконавчій службі, добровольчих та інших військових формуваннях, які увійшли до складу ЗСУ/МВС/Нацгвардії; не займається професійно, не приймає та не планує приймати участь в змаганнях з видів спорту, що мають підвищену небезпеку: бокс, боротьба та будь-які інші види єдиноборств, автомобільні, мотоциклетні, кінні перегони, перегони на моторних човнах та катерах, спортивних літаках або будь яких літальних засобах, стрибки з парашутом, банджі-джампінг, скелелазіння, спортивний альпінізм, дайвінг; не перебуває в місцях позбавлення волі.

Я підтверджую, що всі відомості, вказані у Декларації, є достовірними та є невід'ємною частиною цього Договору і, у разі неправдивості вищезазначеної інформації, Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати.

У разі настання страхового випадку дозволяю будь-якому лікарю та медичному закладу забезпечувати Страховика медичною інформацією щодо стану здоров'я Застрахованої особи для проведення процедур, передбачених Законом України «Про страхування», про що Застрахована особа поінформована та згода від Застрахованої особи отримана.

10. Інші умови

10.1. Договір страхування складається з Оферти та цього Акцепта (далі Договір). Даний Акцепт укладається в електронній формі та підписується електронним підписом одноразовим ідентифікатором шляхом направлення Страховиком одноразового ідентифікатора на засіб мобільного зв'язку Страхувальника та наступного його введення Страхувальником в програмному комплексі (інформаційно-телекомунікаційній системі, програмному забезпеченні, на WEB-сайті тощо) Страховика <https://arx.com.ua/life>.

10.2. Акцептуванням умов Оферти Страхувальник підтверджує та визнає, що до укладення цього Договору на виконання вимог Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» (надалі - Закон) Страховик надав, а Страхувальник отримав та ознайомився, та ознайомив застрахованих осіб, зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені частиною 2 статті 12 Закону (надалі – інформація); зазначена інформація є доступною в місцях обслуговування Страховика та/або в мережі Інтернет на веб-сторінці Страховика, а також є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком; вся зазначена інформація та всі умови цього Договору та Правил йому зрозумілі; зазначена інформація та Договір не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладення цього Договору не нав'язане йому іншою особою (в тому числі Вигодонабувачем); цей Договір не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, примусу, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладення Договорів.

10.3. При настанні випадку, Страхувальник/Застрахована особа/Вигодонабувач особисто чи через інших осіб, повинна повідомити Страховика за телефоном **0 800 30 27 23**, який засвідчує факт страхування, наступну інформацію: номер Акцепту; прізвище та ім'я Застрахованої особи; детальний опис обставин випадку; контактний телефон.

10.4. Підписанням цієї Заяви-приєднання (Акцепту), надаю Страховику згоду на обробку своїх персональних даних або даних Застрахованої особи (далі – ПД) в тому числі тих, що стосуються здоров'я, як вказаних у цій Заяві-приєднання (Акцепті) та Декларації про страхування так і тих, що стануть відомі Страховику в процесі виконання Договору страхування, в тому числі на передачу ПД іноземним суб'єктам відносин, пов'язаних із ПД, з метою виконання вимог законодавства, Договору страхування та інших договорів, в тому числі перестраховання, реалізації прав, наданих Страховику законодавством або договором та забезпечення реалізації податкових відносин та відносин у сферах бухгалтерського обліку, аудиту, фінансових послуг та послуг асистансу, та актуарних досліджень, оцінки якості сервісу. Підтверджую, що до моменту передачі ПД застрахованих осіб, я отримав їх згоду на передачу їх ПД Страховику, роз'яснив таким особам, що їх персональні дані будуть оброблятися Страховиком аналогічно обробці моїх персональних даних. Я передав таким особам від Страховика повідомлення про їх права, як суб'єктів ПД, визначені законом, мету збору даних та осіб, яким передаються їх ПД. Я гарантую, що суб'єкти ПД, ПД яких я буду передавати Страховику, не будуть мати будь-яких претензій до Страховика щодо обробки їх ПД. Будь-які претензії зобов'язуюсь врегулювати особисто.

10.5. Територія дії страхування - увесь світ та населені пункти на території України в районах, де не проводяться воєнні (бойові) дії та які не перебувають в тимчасовій окупації, оточенні (блокуванні). З покриття виключаються території Російської Федерації, Республіки Білорусь, Автономної Республіки Крим, міста Севастополь, населених пунктів Луганської та Донецької областей, де органи державної влади тимчасово не здійснюють або здійснюють не в повному обсязі свої повноваження, а також території територіальних громад, які перебувають в тимчасовій окупації, оточенні (блокуванні).

10.6. Підписанням цієї Заяви-приєднання (Акцепту):

10.6.1. Страхувальник надає згоду Страховику на внесення в односторонньому порядку змін до умов Договору (оферти) та Правил з подальшим їх розміщенням на офіційному сайті Страховика <https://arx.com.ua/life>;

10.6.2. Страхувальник надає згоду Страховику на те, що умови страхування (страховий платіж, тариф та страхова сума) на наступні страхові періоди (продовження договору) будуть відображені в черговому Акцепті.

10.6.3. Страхувальник підтверджує, що отримав згоду на страхування від Застрахованої особи.

**** Пасивні військові ризики** – травми та uszkodження, отримані Застрахованою особою, яка на момент настання події (випадку) є цивільною особою (не є військовослужбовцем Збройних Сил України, працівником та/або службовцем Національної Гвардії України, Служби безпеки України, Державної прикордонної служби України, Міністерства внутрішніх справ, Національної поліції України, сил територіальної оборони Збройних Сил України, інших воєнізованих утворень як державних так і недержавних), отримані внаслідок прямого або опосередкованого впливу зброї, крім зброї масового ураження, під час перебування Застрахованої особи в зоні ведення бойових дій або на іншій території України, крім територій які перебувають в тимчасовій окупації, оточенні (блокуванні), але при цьому Застрахована особа не брала безпосередньої участі у бойових діях.

11. Підпис Страхувальника

З умовами Оферти ознайомлений та згодний	
ПІБ Адреса: Дата народження: ПІН: Дата:	Підписано шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором