Изменение страхователя / Change of policyholder

Полис № / Policy No.....

Имя и адрес бывшего страхователя / Name and address of the former policyholder:
.....
.....
.....

Имя и адрес нового страхователя /
Name and address of the new policyholder:

.....
.....
.....

Дата рождения нового страхователя /
New policyholder's date of birth:

.....

Профессия на данный момент / Current occupation:……..…….…….....

Налоговый номер нового страхователя (ИНН) /
Tax Number of new policyholder: …….…….....
Страна налогового резидентства нового страхователя / Tax residence of new policyholder:…….....

Месячный заработок (брутто) / Monthly gross income:.……...……...……..

Я передаю все права и обязанности по вышеуказанному страховому контракту новому страхователю. Мне известно, что претензии на выплату из дополнительных тарифов (UI, UTZ, RZ), если они включены в договор, также принадлежат новому страхователю или назначенному им лицу. Если я с этим несогласен/-на, я имею право письменно заявить о своем желании исключить дополнлительные тарифы.

I agree to cede all rights and obligations of the above insurance contract to the new policy holder. I am aware that also the right to receive benefit payments from additional insurance rates like UI, UTZ, RZ, as far as they are included in the policy, will be transferred to the new policyholder or any other person named by him. If I don't agree with this, I may give written instruction that those insurance riders shall be excluded when the policy is transferred to the new policyholder.

Изменение страхователя является изменением одной из договаривающихся сторон и, следовательно, требует ясно выраженного согласия страховщика.
К данному заявлению необходимо приложить оригинал полиса. В случае утери оригинала полиса необходимо предоставить заполненную форму «Заявление об утере полиса» (форма приложена в конце данного документа).
Страховщик не дает согласие на изменение страхователя в течение последних 3 лет срока действия договора или в случае договора с оплатой одноразового взноса. После изменения страхователя новый страхователь не имеет права расторгнуть договор в течение 3 лет с даты вступления в силу изменения страхователя.

A change of the policy holder is a change of a contractual party and therefore requires the explicit approval of the insurer.
The original policy has to be enclosed to this proposal, if the original policy is lost a declaration of loss has to be filled in and provided (form at the end of this document).

The insurer will not approve a change of policy holder within the last 3 years of the contract period or in case of a single premium contract.
After a change of policy holder, the new policy holder has no right to terminate the contract within 3 years from the date on which the change of the policy holder became effective.

....
Подпись бывшего страхователя / Дата / Date
Signature of the former policyholder *)

*) Подпись бывшего страхователя должна быть заверена нотариально на отдельном листе /
The signature of the former policyholder must be certified by a notary on a separate sheet.

Я, в качестве нового страхователя, беру на себя все права и обязанности по вышеуказанному полису /

I, the new policyholder, agree to take over all rights and obligations of the above mentioned policy:

..... …….....
Подпись нового страхователя / Дата / Date
Signature of the new policyholder

В случае смерти застрахованного лица, выгодоприобретателями являются /
In the case of the insured person's death, the following person(s) will be entitled to receive the benefit:

Ф.И.О / Full name	Дата рождения / Date of birth	В процентном соотношении / Percentage
.....	.....	……
.....	.....	……
		100 %

…….....
Подпись нового страхователя / Signature of the new policyholder

1. Личные данные нового страхователя / *Personal Data of the new policyholder*
(приложить копию паспорта или другого документа с фотографией и подписью)
(please enclose a copy of your passport or any other ID with your photo and signature on it)

Ф.И.О. (Full name): .....

Дата рождения (Date of birth): .....

Профессия на данный момент (Present occupation): .....

Месячный заработок (брутто)/(Monthly income, gross): .....

2. Личные данные застрахованного лица (*Personal Data of the insured person)*

Ф.И.О. (Full name): .....

Дата рождения (Date of birth): .....

Полученная профессия (Schooled profession): .....

Профессия на данный момент (Present occupation): .....

Вид выполняемой деятельности? *(What kind of occupation does the insured person have?)*

❑ преимущественно физический труд (Physical occupation) ❑ преимущественно не физический труд (Non-physical occupation) Описание деятельности (Description of work): Описание деятельности (Description of work):

.....

Работодатель/Название предприятия, где Вы сейчас работаете (Name of your present employer/company you work for):

.....

Адрес работодателя/предприятия (Address of employer/company): .....

..... Тел. (Tel. No.):.....

Ваш рабочий адрес e-mail (Your business e-mail) .....

Интернет-страница Вашего работодателя (Web-site of your employer) - http:// .....

3. Почему Вы заключаете договор страхования? (*Why are you taking out this insurance?*)

- ❑ С целью накопления/с целью капиталовложения (to save up/invest money)
- ❑ Для финансового обеспечения на будущее/страховой защиты (to provide for the future/to have insurance coverage)
- ❑ С другой целью (other reasons): .....

4. Считаете ли Вы возможным и в дальнейшем производить оплату ваших годовых премий из указанной вами выше заработной платы или других сбережений?
(Do you consider yourself able to pay the annual premiums from your above income or personal savings?)

❑ да (Yes) ❑ нет (No)

5. В каких отношениях Вы состоите с застрахованным лицом? (заполнять в том случае, если речь идёт о разных лицах) *Which is the relation between you and the person insured? (to be completed, if policyholder is different from the insured)*

- ❑ Семейные отношения/Родственные отношения: степень родства (family relationship /relatives /degree of relationship): .....
- ❑ Сотрудник фирмы / Руководящий работник (employee/executive employee): .....
- ❑ Прочая информация (точные данные) /others: .....

Все данные, указанные Вами выше, будут рассмотрены совершенно конфиденциально и без передачи третьим лицам (на основании закона «О защите данных»). *All information provided by you will be treated confidentially and will not be passed on to third parties (data protection).*

Я подтверждаю моей подписью правильность указанных мною данных, а также то, что я приложил к заявлению копию своего паспорта (страницу с фотографией и подписью). *I hereby confirm that the information given by me is correct and that I have enclosed a copy of my passport (page with photo and signature).*

совершенно конфиденциально

_____ _____

…...Дата (Date) **Подпись нового страхователя (New Policyholder's signature)**

New policyholder/ Новый страхователь:

6. Занимаете ли Вы и/или занимают Ваша супруга/Ваш супруг/Ваши родители/Ваши *дети и/или их супругов/супруг важную должность в государственном аппарате*) или занимали ли Вы и/или Ваша супруга/Ваш супруг/Ваши родители/Ваши дети и/или их супругов/супруг важную должность в государственном аппарате в течение прошлого года?*
Are you or your spouse/parents/children/sons- or daughters-in-law presently exercising a prominent public function or have they been doing so during the last year?

□ **да/yes** □ **нет/no**

Если да: Просьба назвать государственную должность, а также указать ФИО члена семьи, занимающего данную должность:
If so, please state details of the function and put down the name of the family member holding this position:

_____

_____

*) Следующие должности являются важными государственными должностями:
Definition of a "Prominent public function":

1) главы государства, главы правительства, министры, заместители министров и государственные секретари;
Heads of state or heads of government, ministers, deputy ministers, state secretaries;
2) члены парламента; / Members of the parliament;
3) члены высших судов, конституционных судов или иных высоких учреждений юстиции, решения которых не подлежат обжалованию, за исключением чрезвычайных обстоятельств;
Judges of supreme courts, constitutional courts or other high level judicial bodies whose decisions are not subject to further appeal, other than in exceptional circumstances;
4) члены счётных палат или правления центральных банков;
Members of audit courts, directors of central banks;
5) послы, поверенные в делах или высокопоставленные офицеры вооружённых сил;
Ambassadors, chargés d´affaires, high ranking officers in the armed forces;
6) члены органов администрации, управления или надзора государственных предприятий.
Members of the administrative, management or supervisory bodies of state-owned enterprises;

Пункты 1) – 5) действуют также для должностей в органах ЕС и в международных организациях / Points 1 – 5 also apply to positions at EU level and to positions in international organizations.

7. Новый страхователь действует в качестве доверенного лица / The new policyholder acts as a trustee:

□ **да/yes** □ **нет/no**

Если да, к этому заявлению должны быть приложены копия паспорта доверителя и нотариальное подтверждение личности доверителя. / If "yes" the pass copy of trustor must be enclosed to this proposal, as well as a notarial confirmation of the identity of the trustor.
(«доверенное лицо» - это юридический термин для лица, действующего по поручению другого лица (= «доверителя») в договорном порядке./ ("trustee" is a legal term for a person acting on behalf of a different person(="trustor") based on a contract).

_____ _____

Дата (Date) **Подпись нового страхователя (New Policyholder's signature)**

физическое лицо / *Person*

A) Новым страхователем является физическое лицо / *Individual Person is new policyholder*

Ф.И.О. *(Full name):* .....

Дата рождения *(Date of birth):* .....

1. Подлежите ли Вы налогообложению в США?/ *Are you subject to taxation in the United States of America?*
   □ **нет/no** □ **да/yes**

Новый страхователь обязан сообщить страховщику о любых изменениях относительно данной информации.
The new policyholder is obliged to immediately notify the insurer of any changes *which may occur in respect of this information.*

2. Гражданство нового страхователя/ *Citizenship of the new policyholder:*
……..……..……..

ИЛИ / OR

юридическое лицо (фирма) / *Company*

B) Новым страхователем является юридическое лицо (фирма) /*Entity is new policyholder (corporate client)*

Ф.И.О. *(Full name of company):* .....

1. Является ли новый страхователь финансовым учреждением (в частности банком, страховщиком, инвестиционной компанией) в соответствии с «Законом о соответствии иностранных счетов требованиям налогового законодательства» (Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA))?
   Is the new policyholder a financial institution (e.g. bank, insurer, capital investment company) according to Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) regulations?

   □ **нет/no** □ **да/yes**

   Просьба указать № GIIN (глобальный идентификационный номер посредников *(Global Intermediary Identification Number)* финансового учреждения
   Please fill in the company's GIIN ……..……..……

2. Основной вид хозяйственной деятельности компании?/*What kind of business activity does the applicant (legal entity) mainly conduct?:* …….....…

3. Новый страхователь подтверждает, что компания не находится на 10% или больше в прямом или косвенном владении или под контролем лица США. Страхователь также подтверждает, что компания не имеет ни своего местонахождения в США, ни организована по праву США или зарегистрирована в США. Новый страхователь обязуется немедленно сообщить страховщику о любых изменениях относительно данной информации. / *The new policyholder declares that the company is not directly or indirectly owned or controlled by a US-person to the extent of 10% or more. The new policyholder also declares that the company's residence is not in the US and that it was not organized in the US or under the laws of the US. The new policyholder accepts the obligation to immediately notify the insurer of any changes which may occur in respect of this information.*

Новый страхователь настоящим подтверждает заявление под пкт. 3. /*The new policyholde hereby confirms the declaration under 3.*

□ **да /yes** □ **нет /no**

Имя, фамилия и дата рождения лица/лиц США, которое/которые владеет/владеют долей 10% компании или больше / *Please fill in the name and date of birth of the US-persons who hold 10% or more:*

……
……

Дата *(Date)* **Подпись нового страхователя *(New Policyholder's signature)***

физическое лицо / *Person*

A) Новым страхователем является физическое лицо / *Individual Person is new policyholder*

Ф.И.О. *(Full name):* .....

Дата рождения *(Date of birth):* .....

Гражданство нового страхователя / *Citizenship of the new policyholder:* ……..……...……...……..

Декларация налогового резидентства нового страхователя / ***Declaration of tax residence for the new policyholder***

Medlife обязана получить от своих страхователей заявление об их налоговом резидентстве. Просим указать в таблице страну, в которой новый страхователь подлежит налогообложению, а также налоговый номер нового страхователя. Если новый страхователь подлежит налогообложению в нескольких странах, необходимо указать все эти страны и соответствующие налоговые номера. / *Medlife is obliged to obtain from their policyholders a statement regarding their tax residence. Please indicate in the table the country in which the new policyholder is liable to tax, and the tax number of the new policyholder. If a tax liability exists in several countries, all of these countries, and the corresponding tax numbers must be provided.*

Страна налогового резидентства / *Country of tax residence*	Налоговый номер / *Tax number*

юридическое лицо (фирма) / *Company*

B) Новым страхователем является юридическое лицо (фирма) /*Entity is new policyholder (corporate client)*

Ф.И.О. *(Full name of company):*…….....

Основной вид хозяйственной деятельности нового страхователя (юридического лица)*?/What kind of business activity does the new policyholder (legal entity) mainly conduct?:*

……...……

Декларация юридических лиц об их статусе согласно Единому Стандарту по обмену налоговой информации (Common Reporting Standard, CRS) / *Declaration of legal entities of their status in accordance with the common reporting standard (CRS)*

Если новый страхователь является юридическим лицом (не физическим лицом), просим отметить галочкой соответствующий критерий: / *If the new policyholder is a legal entity (not an individual), please mark whether the following criteria is met:*

Менее 50% от валового дохода, полученного новым страхователем в течение предыдущего календарного года, являлись пассивным доходом[1)], и менее 50% от активов, которые в течение предыдущего календарного года находились во владении нового страхователя, являются активами, от которых получается или должнен быть получен пассивный доход. / *Less than 50% of the gross income realized by the new policyholder during the previous calendar year, were passive income[1)], and less than 50% of the assets that were outstanding during the preceding calendar year in the possession of the new policyholder, are assets whose passive income is received or are to be achieved.*

☐ соответствует действительности / *true*

☐ не применимо (просим заполнить дополнительную форму о статусе согласно CRS) / *Not applicable (please fill in additional form on CRS status)*

[1)] Пассивный доход – это доход от управления активами (в частности проценты, дивиденды и прочие доходы от капитала или недвижимости). В отличие от них, активный доход – это доход, полученный, как напр., от услуг, торговли или производства товаров. /*As a passive income from asset management apply (particularly interest, dividends and other income from capital assets or real estate owned). In contrast, active income as income from services, trade or production of goods.*

Страна налогового резидентства предприятия / *Country of residence for tax purposes of the company*	Налоговый номер предприятия / *Tax number of company*

Дата *(Date)* _____ **Подпись нового страхователя *(New Policyholder's signature)*** _____

Questionnaire for Financial Risk Assessment

АНКЕТА ДЛЯ ПРОВЕРКИ НАЛИЧИЯ ФИНАНСОВЫХ РИСКОВ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИХ ВЕЛИЧИНЫ

Medlife Insurance Ltd. is required by Law to gather information on the financial situation of its clients. Please note that each field of this Questionnaire has to be filled in compulsory and that Medlife Insurance Ltd. can, if necessary for risk assessment, ask additional documents (like prove of income) from its clients. All provided data are treated in accordance with the strict data protection laws of the European Union.

Страховая компания Medlife Ltd. по закону обязана собрать информацию о финансовой ситуации своих клиентов. Убедительно просим Вас ответить на каждый вопрос. Medlife Insurance Ltd. может при необходимости запросить дополнительные документы от своих клиентов (для проверки доходов). Все представленные данные обрабатываются в соответствии со строгими законами Европейского Союза о защите данных.

1	**Policy number:** **Proposal number:** Полис №: Заявление №:
2	**Surname and forename of premium payer** / Ф.И.О плательщика страховых взносов
3	**Current occupation of premium payer /** Профессиональная деятельность плательщика полиса в настоящее время:
4	**Employer of premium payer (name, address, field of activity, internet address, employed since …)** Работодатель плательщика (название фирмы, адрес, сфера деятельности, интернет-адрес, работает с .)
5	**Premium payer´s monthly net income (from occupational activity only) /** Месячный нетто-доход плательщика страховых взносов (исключительно от профессиональной деятельности): _____USD/EUR
6	**Premium payer´s monthly total earnings** Совокупный месячный доход плательщика страховых взносов _____USD/EUR Detailed description of the source(s) of the total earnings apart from the occupational activity (e.g. rental income from real estate, income from capital investments, etc.) / Детальное описание источника(ов) совокупных дополнительных доходов (например, доход от сдачи в аренду недвижимости, инвестиций капитала и т.д.):
7	**Total assets (please describe in detail amount in USD/EUR and origin)** Общее имущество (просьба дать подробные сведения о размере в USD и об источниках) **amount** / размер: _____**USD/EUR** **origin** / источники:_____ Point 7 has to be filled in if the client has contracts (single premium or annuity) with a total payment of USD/EUR 30000 or more OR if the total premium payment (annual) exceeds the half-yearly income(=6 x monthly income regarding points 5+6). Параграф 7 должен быть заполнен, если 1) клиент имеет контракт одноразовой премии или пенсии с оплатой USD/EUR 30000 и больше, или 2) общая сумма годовых оплат превышает полугодовой доход клиента (доход 6 месяцев, параграфы 5 и 6)
8	**Do you, the premium payer, hold any other life insurance contracts (including income protection policies) or have you submitted any other applications for life insurance apart from this one? If yes, please state the name of the insurance company and the amount insured in USD/EUR.** Имеются ли у плательщика страховых взносов или застрахованного лица другие договоры страхования жизни (вкл. страхования на случай нетрудоспособности)? В случае положительного ответа указать название страховой компании и размер страховой суммы в USD/EUR. a) **Insurances of premium payer** / Страховые договоры, которые имеет плательщик страховых взносов: _____ b) **Applications of the premium payer** / Заявления на страхование жизни, которые подал или планирует подавать плательщик страховых взносов: _____
9	**Please state the reason why you apply for this life insurance** Пожалуйста, укажите, что побудило Вас подать данное заявление на страхование жизни

I confirm that the above information is complete and correct, and I am aware that this questionnaire will be part of the insurance contract. / Я подтверждаю, что ответил(а) на все вышеприведенные вопросы исчерпывающе и правдиво. Я осознаю, что данная анкета будет являться составной частью договора страхования.

_____ _____

Place, Date / Место, дата **Premium payer`s signature** / Подпись плательщика страховых взносов

_____

Agent´s signature / Подпись сотрудника

To:
Medlife Insurance Ltd.
Alpha Business Centre
27 Pindarou Street, 3rd Floor
Block B
CY-1060 Nicosia
Cyprus

ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ УТЕРЕ ПОЛИСА (действительно только в сочетании с бланком заявления на изменение страхователя)/ LOST POLICY DECLARATION (valid only as part of form for change of policyholder)

Номер полиса / Policy number: _____Дата выдачи/ Date of issue: _____

Имя владельца/бенефициара полиса / Name of policy owner(s)/beneficiary(-ies):

_____

Адрес/ Address: _____

Я (мы) заявляю(-ем) об утере полиса (причина) / I (we) declare that the above policy has been lost/destroyed. (Please state reason):

_____

Как владелец/бенефициар (ненужное зачеркнуть) вышеуказанного полиса, я (мы) заявляю(-ем), что данный полис больше не считается действительным, и обязательства Medlife Insurance Ltd передо мной (нами) исчерпаны.

Далее, я (мы) заявляю -ем), что данный полис не заложен, и никоим образом не может быть использован с целью юридических исков по отношению к страховщику Medlife Insurance Ltd.

Я (мы) обязуюсь(-емся) компенсировать Medlife Insurance Ltd.:
- все убытки, связанные со страховыми выплатами, произведенными без предоставления оригинала полиса;
- а также все убытки, если полис, который был признан недействительным, предоставлен третьим лицом, пытающимся неправомочно им воспользоваться.

As the owner(s)/beneficiary(-ies) (delete as applicable) of the above policy I/we declare that the original document shall be void and no longer binding for Medlife Insurance Ltd.

Further I (we) declare that I (we) have not assigned, mortgaged, pledged or otherwise dealt with the said policy in any way and no person holds a lien on it or may raise a justified claim against Medlife Insurance Ltd. with reference to this policy.

I (we) will compensate Medlife Insurance Ltd. for all damages arising from the fact that insurance payments have been made without delivery of the original policy document, or if the policy that has been declared void, will be delivered by a third person attempting to gain a legal advantage from it.

Дата рождения застрахованного лица / Date of birth of the insured person(s):_____

_____ _____

Дата и место/ Place and date

Подпись владельца/бенефициара полиса/ Signature of the policy owner(s)/the beneficiary/-ies

Data protection information

With this statement we would like to inform you which personal data we store and how we use them. Please refer also to the information about data protection on our website www.medlife.net

Data Controller

Medlife Insurance Ltd., Alpha Business Centre, 27 Pindarou Street, 3rd floor, Block B, CY-1060 Nicosia, Cyprus, office@medlife.net

As from 25 May 2018 you may in the case of any questions regarding the processing of your personal data contact our data protection officer by mail to the above stated address with the addition “Data protection officer” or by sending an email to dataprotectionofficer@medlife.net.

Purpose of processing personal data and the legal basis for it

We process your personal data for the establishment of an insurance relationship and the processing of your insurance contract. Your data is used strictly and exclusively for this purpose in accordance with the Austrian Data Protection Act (DSG) respectively the EU General Data Protection Regulation (GDPR) as from 25 May 2018, and with all relevant provisions of the Austrian Insurance Contract Act (VersVG).

In the insurance application you provide personal data concerning yourself and third parties (like relatives). These data are used by us in the application and risk assessment process. When an insurance contract comes into effect, your personal data is processed for the implementation of the contract (policy issuing, premium invoice etc.) and for your ongoing support and advising in insurance matters. If an insured event occurs, additional data concerning this event will be processed for the purpose of examining whether and to what extent an obligation to indemnify exists.

If the processing of special categories of personal data is required (e.g. health data in life and accident insurance), this will be carried out in accordance with your consent given in the insurance application.

Data transfer – categories of recipients

- Reinsurers

In the insurance of particular risks we cooperate closely with reinsurers, which support us in the assessment of risks and in the examination of claims. In these cases, it may become necessary to exchange data with reinsurers for the purposes of risk or claims assessment.

- Independent insurance agents

If you use the service of an insurance agent, he/she will collect and process your personal data and pass them on to us for risk assessment, contract processing and for the examination of claims. Conversely, we will disclose your personal data to your agent, if required for the purpose of providing insurance consultancy.

- Supervisory authorities, courts and other third parties

As an insurance company we are subject to strict regulatory requirements and to supervision by the authorities. In that connection it may become necessary to disclose to authorities or courts upon their request the personal data of our policy holders.

Further, in the examination of a claim it may be required to use the service of third parties like doctors, hospitals, experts or claim adjusters, and to disclose to them your personal data.

Necessity of processing your personal data

Your personal data are needed for the assessment of your insurance risk, for the establishment of an insurance relationship between you and us and for the settlement of claims. If you fail to provide your personal data to the required extent, it may not be possible to conclude the requested insurance contract or complete the examination of a claim. Please note that this is not regarded as a failure from our side to fulfil our contractual obligations.

Where we have received and processed your personal data with your explicit consent, you have the right to withdraw this consent at any time with the effect that from the date we have received your revocation your personal data may no longer be processed for the purposes specified in the consent.

Period of data storage

Basically, your data are stored for the duration of our insurance relationship. Apart from that, there are legal obligations concerning the preservation of records, according to which we are required to keep data concerning you or third parties (like co-insured persons), your claim cases and your insurance contract even after the end of our insurance relationship or after settlement of a claim. Furthermore, we store personal data for as long as any legal claims may be asserted in connection with our insurance relationship.

Your rights

You have the right to obtain information on the personal data stored concerning you. You have the right to have incomplete personal data completed or inaccurate data rectified. You may also request the erasure of personal data which have been unlawfully processed. When it is unclear whether data concerning your person are incorrect or incomplete or have been processed unlawfully, you have as from 25 May 2018 the right to request a restriction of processing of your data until final clarification.

Even where your personal data are correct and complete and have been lawfully processed by us, you may in duly justified individual cases object to their further processing. You have also the right to object to receiving direct advertising from us.

As from 25 May 2018 you have the right to receive all your personal data which you have provided in a structured, commonly used and machine-readable standard format.

Right of complaint

Even though we make every effort to achieve the highest possible level of data security and data integrity, differences of opinion about the way of how we use your personal data may occur. If you are of the opinion that we use your data in an unlawful manner, you have the right to lodge a complaint with the Cyprus Data Protection Authority (Commissioner for Personal Data Protection).

OPTION 1

1. Подтверждение адреса страхователя посредством прилагаемого документа / *Address confirmation for policyholder´s address by document enclosure*

Для подтверждения адреса страхователя к заявлению прилагается следующий документ, в котором указан индентичный адрес, как и на первой странице заявления (пожалуйста, отметьте один надлежащим образом ⊗)/ *In order to confirm the address of Policyholder the following document has been enclosed to this proposal and shows the same address as on first page of this proposal (pls tick one proper selection ⊗):*

O Договор аренды/ *Rental Contract*

O Счет за электроэнергию/ *Electricity invoice*

O Счет за газ/ *Gas invoice*

O Счет за воду/ *Water Invoice*

O Банковское подтверждение/ *Bank confirmation*

O Страховой документ/ *Insurance document*

O Иной документ государственного учреждения/ *Other document of a public office*

O Иной документ, на котором отчетливо виден адрес страхователя /*Other document on which the address of the policyholder can be clearly seen.*

ИЛИ / OR

Option 2

2. 1. Подтверждение адреса страхователя посредством посещения: подтверждение консультанта /*Address confirmation for policyholder by visiting: Confirmation of broker member*

Я/I, _____(ФИ консультанта/ *Name of broker member*) подтверждаю, что я лично посещал в день /*confirm that I personally visited on date* _____(DD/MM/YYYY) место проживания страхователя и подтверждаю, что адрес, указанный страхователем на первой странице настоящего заявления, является адресом его места проживания *the premises of the policyholder and can confirm that the address stated by the policyholder on the first page of this proposal is his residential address.*

_____ _____

Дата *(Date)* **Подпись страхователя *(Policyholder's signature)***

_____ _____

Дата *(Date)* **Подпись консультанта *(Broker member´s signature)***

Информация о защите данных

Данный документ содержит информацию о том, как мы обрабатываем и используем Ваши личные сведения. См. также информацию о защите данных на нашем веб-сайте www.med-life.net

Контроль данных

Осуществляется Medlife Insurance Ltd., Alpha Business Centre, 27 Pindarou Street, 3rd floor, Block B, CY-1060 Nicosia, Cyprus, office@medlife.net

С 25 мая 2018, в случае вопросов относительно обработки Ваших личных данных, Вы можете обратиться к нашему сотруднику по защите данных по почте на указанный выше адрес с добавлением «Сотрудник по защите данных» или же послать запрос по электронной почте на dataprotectionofficer@medlife.net.

Цель обработки персональных данных и правовая основа

Мы обрабатываем Ваши личные данные для установления страховых отношений и оформления страхового договора. Ваши данные используются строго и исключительно для этой цели в соответствии с Австрийским законом о защите данных (DSG), в соответствии с общим регламентом ЕС по защите данных (GDPR) от 25 мая 2018 и со всеми соответствующими положениями Австрийского закона о страховом договоре (VersVG).

В страховой заявке Вы предоставляете личные данные о себе и третьих лицах (например родственниках). Эти данные используются нами в процессе оценки рисков. Когда договор страхования вступает в силу, Ваши личные данные обрабатываются для оформления договора (выдача полиса, счета на оплату и т.д.), а также для предоставления консультации по вопросам страхования. Если происходит страховой случай, дополнительные данные об этом инциденте обрабатываются с целью изучения вопроса о мере обязательства по возмещению ущерба.

Если требуется обработка отдельных категорий персональных данных (например, данных о здоровье при страховании жизни и несчастных случаев), это будет осуществляться в соответствии с Вашим согласием, указанным в страховом заявлении.

Передача данных - категории получателей

- Перестраховщики

При страховании особых рисков мы тесно сотрудничаем с перестраховщиками, которые поддерживают нас в оценке рисков и при рассмотрении претензий. В этих случаях может потребоваться обмен данными с перестраховщиками.

- Независимые страховые агенты

Если Вы пользуетесь услугами страхового агента, он/она собирает и обрабатывает Ваши персональные данные, и передает их нам для оценки рисков, выдачи контрактов и рассмотрения претензий. Также мы раскрываем Ваши личные данные агенту, если это необходимо для предоставления страховой консультации.

- Органы надзора, суды и прочие учреждения

Как страховая компания, мы подчиняемся строгим нормативным требованиям и надзору со стороны властей. В этой связи может возникнуть необходимость раскрыть властям или суду личные данные страхователей. Кроме того, при рассмотрении претензий может потребоваться использование услуг третьих лиц, таких как врачей, больниц или экспертов, что также может повлечь предоставление Ваших личных данных.

Необходимость обработки ваших личных данных

Ваши личные данные необходимы для оценки страхового риска, установления страховых отношений между Вами и нами и для урегулирования выплат. Если Вы не предоставляете свои личные данные в необходимом объеме, есть вероятность, что нам не удастся заключить страховой договор или завершить рассмотрение претензии. Обратите внимание, что это не рассматривается как срыв выполнения контрактных обязательств с нашей стороны.

Если мы получили и обработали Ваши личные данные с Вашего согласия, Вы в любое время можете отозвать это согласие, и начиная с даты отзыва, Ваши личные данные больше не фигурируют в процессе обработок.

Сроки хранения данных

В целом Ваши данные хранятся в соответствии со сроками страхового договора. Кроме того, существуют юридические обязательства по архивированию информации, в соответствии с которыми мы храним данные о Вас или третьих лицах (например, застрахованных), Ваших исках и Вашем страховом договоре даже после окончания страховых отношений или после урегулирования претензий. Мы храним личные данные до тех пор, пока претензии могут иметь юридическую силу.

Ваши права

Вы имеете право получать информацию о своих личных данных. У Вас также есть право на исправление неполных или неправильных данных. Далее, Вы можете запросить удаление личных данных, которые были незаконно обработаны. Когда неясно, являются ли данные неверными, неполными или были обработаны неправомерно, начиная с 25 мая 2018 у Вас есть право заморозить обработку Ваших данных до окончательного разъяснения.

Даже если Ваши личные данные верны и законно обработаны нами, в отдельных случаях Вы можете надлежащим образом выразить возражение против их дальнейшей обработки. Вы также имеете право возражать против получения рекламы от нас. Начиная с 25 мая 2018 Вы имеете право знать все Ваши личные данные, которые Вы предоставили в общем порядке и читаемом стандартном формате.

Право на жалобы

Несмотря на то, что мы прилагаем все усилия для достижения максимально возможного уровня безопасности и целостности данных, могут возникнуть разногласия относительно способа их использования. Если Вы считаете, что мы используем Ваши данные незаконным образом, Вы имеете право подать жалобу в Кипрское Агентство по Защите Данных Cyprus Data Protection Authority (Commissioner for Personal Data Protection).

_____	_____
Дата *(Date)*	**Подпись нового страхователя *(New Policyholder's signature)***

