

ОПИТУВАЛЬНИК

Прізвище Ім'я По батькові: _____

1. Чи належите Ви до національних або іноземних публічних діячів, діячів, що виконують політичні функції в міжнародних організаціях, їх близьких осіб або пов'язаних з ними осіб? * Так Ні

* Терміни «національні публічні діячі», «іноземні публічні діячі», «діячі, що виконують політичні функції в міжнародних організаціях», «близькі особи», «пов'язані особи» вживаються в значенні, визначеному Законом України № 1702-VII «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення» від 14.10.2014 року.

Уточнюючий перелік осіб розміщені на офіційному сайті Компанії www.taslife.com.ua у розділі "Довідник клієнта"

1.1. Якщо Ви відповіли «так», пропонуємо добровільно надати офіційні документи та/або інформацію для встановлення належності до національних або іноземних публічних діячів, діячів, що виконують політичні функції в міжнародних організаціях або пов'язаних з ними осіб, а також надати документи, що підтверджують джерела походження активів, прав на такі активи, коштів тощо (якщо вважаєте цю інформацію відкритою (публічною)).

1.1.1. Відношення до вищевказаних осіб та їх дані:

Документ, що посвідчує особу:
(серія, номер та ким, де, коли виданий)

1.1.2. Назву та реквізити офіційних документів, що дають можливість з'ясувати джерела походження коштів (такі документи мають додаватися до даного опитувальника). Якщо вважаєте цю інформацію конфіденційною, вкажіть «не додаю».

2. Вид Вашої діяльності

Соціальний статус: студент безробітний найманий працівник пенсіонер підприємець (ФОП) інше (необхідно зазначити)

Якщо Ви є фізичною особою - підприємцем, разом із даним Опитувальником надайте, будь ласка, виписку або витяг з Єдиного державного реєстру юридичних осіб та фізичних осіб – підприємців.

3. Фінансовий стан (середньомісячний дохід)

до 10 000,00 грн. 10 001,00 - 30 000,00 грн. 30 001,00 - 50 000,00 грн. більше 50 001,00 грн. немає постійного джерела доходу

або вказати де розміщена декларація: _____

Приймаю на себе зобов'язання у разі зміни інформації, наведеної в цьому опитувальнику, або закінчення строку дії документів, на підставі яких він заповнювався, протягом десяти робочих днів з дня настання вказаних подій надати наново заповнений опитувальник (у разі, якщо термін надання мені послуг не буде вичерпаний), а також надавати заповнений опитувальник та передбачені у ньому документи за першою вимогою Страховика.

Своїм підписом засвідчую, що на виконання ст. 8, 12, 21 Закону України «Про захист персональних даних» я повідомлений про володільця персональних даних, склад та зміст зібраних персональних даних наданих мною, права суб'єктів персональних даних, визначені цим Законом, мету збору персональних даних та осіб, яким можуть передатися персональні дані (з урахуванням вимог визначених Законом України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення»)

Дата заповнення _____ ПІБ _____ Підпис _____

ЗАПОВНЮЄТЬСЯ СПІВРОБІТНИКОМ АТ «СК «TAC» (ПРИВАТНЕ)

Клієнт віднесений за рівнем ризику до категорії:

низький середній підвищений високий

Оцінка фінансового стану клієнта:

відповідає фінансовим операціям потребує вивчення не відповідає фінансовим операціям

Дата заповнення _____ ПІБ _____ Підпис _____

ЗАЯВА НА ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

Загальна інформація

Інформація про випадок:

Дата випадку:	Серія та № Договору:	Діє з дати:
---------------	----------------------	-------------

Ризик, що відбувся:

- Дожиття Критичні захворювання Швидка допомога Тимчасова втрата працездатності (реабілітація) або травматизм
 Смерть Госпіталізація Хірургічне втручання Інвалідність або стійка втрата працездатності
 Опція звільнення Страхувальника від сплати внесків

Відомості про Застраховану особу

Прізвище Ім'я По батькові:

Відомості про Вигодонабувача або його законного представника

Прізвище Ім'я По батькові:

Адреса реєстрації:
(індекс, область, район, місто/село, вулиця, будинок, корпус, квартира)

Для листування - адреса проживання або місце перебування фізичної особи: *(Заповнюється, якщо не співпадає з адресою реєстрації)*
(індекс, область, район, місто/село, вулиця, будинок, корпус, квартира)

Контактна інформація: Моб. ()	Дом. ()	e-mail:
--------------------------------------	----------------	---------

Опис випадку (детальний опис причин, обставин та наслідків випадку)

Спосіб отримання страхової виплати

Перерахувати на мій банківський рахунок (платіжну картку) за наступними реквізитами:

Повна назва банку:	МФО банку:	ЄДРПОУ банку:
Особистий рахунок: (якщо на рахунок)	№ Карткового рахунку: (якщо на платіжну картку)	
Транзитний рахунок банку: (якщо на платіжну картку)	№ платіжної банківської картки: (якщо на платіжну картку)	

Документи, що додаються до цієї заяви (потрібно відмітити)

- Договір (поліс) страхування - оригінал
 Договір (поліс) страхування - копія
 Копія паспорта та ідентифікаційного коду Вигодонабувача
 Реквізити для здійснення страхової виплати (рахунок повинен бути у національній валюті)
 Оригінали медичних довідок або документації з лікувально-профілактичної установи, що оформлені належним чином (з печатками лікувально-профілактичної установи)
 Листки про тимчасову втрату працездатності (лікарняні листки)
 Документ, що доводить, що Застрахована особа є живою (нотаріальне свідоцтво) - для випадку «Дожиття»
 Нотаріально посвідчена копія свідоцтва про смерть Застрахованої особи - для випадку смерті
 Копія лікарського свідоцтва про смерть Застрахованої особи - для випадку смерті
 Документ, що підтверджує факт, причини та обставини настання страхового випадку, виданий компетентним органом державної влади (МВС, Прокуратура тощо)
 Інші документи: _____

Додаткова інформація про установи, що можуть надати інформацію за страховим випадком

Адреса та телефон лікувально-профілактичної установи, в якій Застрахована особа перебувала на обліку/лікуванні:

Адреса та телефон компетентних органів, що ведуть слідство за фактом події:

Правильність та достовірність наданої інформації підтверджую

Дата заповнення _____ ПІБ Вигодонабувача (або його законного представника) _____ Підпис _____