

**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](http://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 «ТАС» (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

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

Ризик, що відбувся:

- Дожиття       Критичні захворювання       Швидка допомога       Тимчасова непрацездатність  
 Смерть       Госпіталізація       Хірургічне втручання       Інвалідність або стійка втрата працездатності  
 Опція звільнення Страхувальника від сплати внесків       Травматизм       Реабілітація

### Відомості про Застраховану особу

Прізвище Ім'я По батькові:

### Відомості про Вигодонабувача або його законного представника

Прізвище Ім'я По батькові:

Адреса реєстрації:

Адреса для листування (Заповнюється, якщо не співпадає з адресою реєстрації)

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

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


### Спосіб отримання страхової виплати (потрібно відмітити )

- 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)	

- Перерахувати через платіжну систему термінових переказів «Швидка копійка»\* від АТ «Ощадбанк»

\* Вартість такої послуги буде складати 1,7% від суми, належної до отримання, але не менше 7,00 грн.

- Зарахувати як страховий внесок на Договір \_\_\_\_\_

### Документи, що додаються до цієї заяви (потрібно відмітити )

- Договір (поліс) страхування - оригінал або копія  
 Копія паспорта та ідентифікаційного коду Вигодонабувача та/або отримувача виплати  
 Реквізити для здійснення страхової виплати (рахунок повинен бути у національній валюті)  
 Медична документація з лікувально-профілактичної установи

У разі надання не належним чином оформленої медичної документації та відсутності потреби у Страховика направляти додаткові запити щодо обставин настання події, що має ознаки страхового випадку, страхова виплата буде здійснена з утриманням податку та військового збору (згідно чинного податкового законодавства)

Я згоден(-на) з даними умовами \_\_\_\_\_ (підпис)

- Листки про тимчасову втрату працездатності (лікарняні листки)  
 Документ, що доводить, що Застрахована особа є живою - 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 (поліція, прокуратура, суд 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

**ПІБ Вигодонабувача**  
(або його законного представника)

\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ Підпис \_\_\_\_\_ ПІБ \_\_\_\_\_

**Законний представник II**

\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ Підпис \_\_\_\_\_ ПІБ \_\_\_\_\_

Даним підписом надаю згоду на отримання страхової виплати Заявником згідно даної Заяви (згода другого з батьків).

**\*Законний представник I**

\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ Підпис \_\_\_\_\_ ПІБ \_\_\_\_\_

Даним підписом надаю згоду на отримання страхової виплати Заявником згідно даної Заяви.

\* заповнюється другим з батьків (законних представників) у разі отримання виплати неповнолітнім Вигодонабувачем особисто.