

за договором № _____ від «___» _____ 20__р
номер договору дата договору

Страховик	☐ Вигодонабувач ☐ Представник Вигодонабувача
АТ «СК «ТАС» (ПРИВАТНЕ)	ПІБ:
ЄДРПОУ: 30929821	Документ, що посвідчує особу: (серія, номер, дата видачі, ким видано)
Адреса: 01001, Україна, м. Київ, вул. Руставелі Шота, будинок 16	Ідентифікаційний номер: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ (РНОКПП)
E-mail: sktas@taslife.com.ua	Адреса місця проживання ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ / (тимчасового перебування в Україні для нерезидентів) індекс область район
Web-сайт: www.taslife.com.ua	 / населений пункт вулиця будинок, корпус, квартира
Гаряча лінія: 044 537 37 40	Контактний телефон: +38 (☐ ☐ ☐) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ e-mail:

1. Прошу відшкодувати самостійно витрачені кошти за надану медичну допомогу в розмірігривень копійок
(.....)
(сума прописом)

2. ПІБ Застрахованої особи:

3. Причина та обставини події (в довільній формі описати випадок, місце та дату настання події, що має ознаки страхового випадку, зазначити: у разі хвороби - симптоми хвороби, коли виникли, куди звертались; у разі нещасного випадку - причину, деталі настання. Якщо було звернення в Асистуючу компанію, то зазначити чому оплатили послуги самостійно):

4. Назва медичної установи, якою були надані послуги (медична допомога, обстеження, медикаменти та ін.):

5. Діагноз, встановлений медичною установою:

6. Яка допомога була надана? (необхідне позначити ☒)

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| ☐ Поліклінічна допомога | ☐ Стационарна допомога | ☐ Медикаменти |
| ☐ Швидка або невідкладна допомога | ☐ Стоматологічна допомога | ☐ Інша |

7. Витрати на медичні послуги склалигрн.

8. Витрати на придбання медичних препаратів склали грн.

9. Опитувальник Заявника

Згідно з вимогами Закону України № 361-ІХ «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення» від 06.12.2019 року (далі-ЗАКОН), просимо Вас вказати інформацію за питаннями, що зазначені нижче:

1. Чи належите Ви до політично значущих осіб, членів їх сімей або пов'язаних з ними осіб (або були протягом останніх дванадцяти місяців)?
☐ Ні ☐ ТАК (Уточнюючий перелік осіб та повний опитувальник розміщені на офіційному сайті Компанії www.taslife.com.ua у розділі «Документи»/«Бланки заяв»/«Фінансовий моніторинг» за посиланням: https://taslife.com.ua/important_info/inshi-dokumenty/finansoviy-monitoring)

2. Характер та зміст Вашої діяльності (Соціальний статус)

☐ студент ☐ безробітний ☐ найманий працівник ☐ пенсіонер ☐ підприємець (ФОП)

☐ інше (необхідно зазначити)

Сфера діяльності

3. Фінансовий стан (Ваш середньомісячний дохід)

☐грн.

Приймаю на себе зобов'язання у разі зміни інформації, наведеної в цьому опитувальнику, або закінчення строку дії документів, на підставі яких належну перевірку проведено, протягом 10 робочих днів з настання вказаних подій надати наново заповнений опитувальник (у разі, якщо термін надання мені послуг не буде вичерпаний), а також надавати заповнений опитувальник та офіційні документи за першою вимогою Страховика.

Своїм підписом: надаю згоду відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» на збирання, збереження, обробку Страховиком своїх персональних даних та на передачу таких персональних даних іншим суб'єктам відносин, в тому числі платіжним системам або банківським установам, з метою виконання Договору страхування (додаткового повідомлення про таку передачу не вимагається); посвідчую, що отримав повідомлення про обробку та включення своїх персональних даних до бази персональних даних клієнтів Страховика з метою забезпечення реалізації відносин у сфері послуг із страхування життя, виконання Договору страхування; підтверджую, що зі своїми правами, як суб'єкта персональних даних, відповідно ст. 8 Закону України «Про захист персональних даних» ознайомена (-ий); підтверджую, що проінформована (-ий) про покладені на Страховика зобов'язання щодо обробки персональних даних для цілей ЗАКОНУ.

10. Чи належите Ви до військовослужбовців та працівників Збройних Сил України, Служби безпеки України, Служби зовнішньої розвідки України, Головного управління розвідки Міністерства оборони України, Національної гвардії України, Державної прикордонної служби України, Управління державної охорони України, Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України, Державної спеціальної служби транспорту.

☐ Ні ☐ ТАК (на підтвердження подаю один з підтверджуючих документів: копія військового квитка, засвідчена належним чином; довідка з військової частини, довідка з місця роботи)

11. Прошу здійснити страхову виплату згідно з Договором страхування (необхідне позначити 

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

Назва банку МФО

IBAN Картковий рахунок

☐ Зарахувати як страховий внесок на Договір

☐ Перерахувати через платіжну систему «Nova Pay» без відкриття рахунку від ТОВ «Нова Пей»

* Вартість такої послуги буде складати 1,5% від суми, належної до отримання, але не менше 10,00 грн.

12. Перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та витрати, додаю (необхідне позначити та дописати):

1	Копія паспорта (або іншого документа, що посвідчує особу) Вигодонабувача та/або представника Вигодонабувача (у випадку коли Вигодонабувачем є неповнолітня особа до 18-ти років та виплату отримує його законний представник (один з батьків, опікун і т.ін.)). Копія документу має бути засвідчена особистим підписом із зазначенням ПІБ, дати та напису «Згідно з оригіналом». У випадку подання ID-картки обов'язково додається засвідчена належним чином копія Довідки про реєстрацію місця проживання	☐
2	Копія картки платника подарків (РНОКПП) Вигодонабувача та/або представника Вигодонабувача (у випадку коли Вигодонабувачем є неповнолітня особа до 18-ти років та виплату отримує його законний представник (один з батьків, опікун і т.ін.)). У разі відсутності РНОКПП - копія паспорта або іншого документу із відповідною відміткою про відмову від РНОКПП. Копія документу має бути засвідчена особистим підписом із зазначенням ПІБ, дати та напису «Згідно з оригіналом»	☐
3	Копія свідоцтва про народження Вигодонабувача (у випадку коли Вигодонабувачем є неповнолітня особа до 18-ти років та виплату отримує його законний представник (один з батьків, опікун і т.ін.)), засвідчена особистим підписом одного з батьків/законних представників із зазначенням ПІБ, дати та напису «Згідно з оригіналом»	☐
4	Копія договору страхування	☐
5	Довідка з лікувально-профілактичної установи з зазначенням реєстраційного номера, дати видачі, назви та адреси лікувально-профілактичної установи, підписом лікаря, що надав медичну допомогу, підписом керівника медичного закладу/підрозділу, в якому було надано медичну допомогу та печаткою лікувально-профілактичного закладу. Довідка має містити у собі детальну інформацію, щодо повного клінічного діагнозу характеру, локалізації, розмірів та давності виникнення ушкоджень. У випадку подання копії медичних документів, вони мають бути засвідчені в установленому законодавством порядку установою, що їх видала, або нотаріально	☐ оригінал ☐ засвідчена копія
6	Копія Установчих документів Медичної установи (Виписка з Реєстру платників податку на додану вартість суб'єкта господарювання. Витяг з Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців, включаючи інформацію про види діяльності за КВЕД. Ліцензія Міністерства охорони здоров'я або Наказ МОЗ України про ліцензування медичної практики з переліком одержувачів ліцензій)	☐
7	Оригінали деталізованих рахунків за отриману медичну допомогу	☐
8	Оригінали рецептів з печаткою, де розбірливо вказано прізвище лікаря, назва призначених ліків	☐
9	Оригінали касових чеків за придбані ліки	☐
10	Оригінал квитанції про оплату наданої допомоги, де вказані прізвище пацієнта, його діагноз, інформація про окремі лікувальні процедури та дати їх проведення.	☐
11	Довідка про банківські реквізити одержувача страхової виплати	☐
12	Інші документи (за необхідності), а саме:	☐

Своїм підписом Заявник підтверджує, що:

 розуміє значення своїх дій, діє добровільно та надає згоду на використання відкритих мережевих сервісів (мобільного застосунку, веб сервісу, програмного забезпечення, месенджерів) для електронної взаємодії із Страховиком, в тому числі надає згоду на отримання від Страховика інформації, що містить таємницю страхування за договором страхування на електронну пошту Страхувальника та/або на номер телефону, що були надані або при укладенні договору страхування, або при письмовому зверненні, або при усному зверненні за умови проходження ідентифікації такої особи;

 надає згоду та уповноважує працівників страхової компанії АТ «СК» «ТАС» (приватне) на отримання будь-якої інформації, що стосується зазначеної у цій заяві події, що має ознаки страхового випадку, в будь-яких підприємствах, установах, організаціях, в т.ч. але не виключно поліклініках, лікарнях та інших закладах охорони здоров'я, будь-яких лікарів, спеціалістів

.....
Дата заповнення Підпис ПІБ

Зверніть увагу!

У разі надання копій або не належним чином оформленої медичної документації страхова виплата буде здійснена з утриманням податку та військового збору відповідно до вимог законодавства.

Оподаткування страхових виплат відбувається згідно законодавства України, яке діє на момент здійснення виплати. Детальніше з оподаткуванням страхових виплат можна ознайомитись на нашому сайті в розділі «Центр допомоги», підрозділ «Як оподатковуються мої виплати?» та за посиланням: <https://taslife.com.ua/qa-category/yak-opodatkovuyutsya-vyplaty>.