

Опитувальник НОВОГО Страхувальника

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 відносно, 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 відносно 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.

Документи НОВОГО Страхувальника, що ОБОВ'ЯЗКОВО додаються до заяви

- Копія паспорта (всі заповнені сторінки) - засвідчена особистим підписом із зазначенням прізвища та ініціалів, дати та напису «Згідно з оригіналом»
 Копія картки платника податків (РНОКПП) - засвідчена особистим підписом із зазначенням прізвища та ініціалів, дати та напису «Згідно з оригіналом»
 Медична декларація про стан здоров'я (якщо по договору передбачена опція «Звільнення Страхувальника від сплати внесків»)

Своїм підписом НОВИЙ Страхувальник підтверджує, що:

Вигодонабувачі та/або Застраховані особи за вказаним договором страхування повідомлені ним про те, що на їх користь укладено такий договір і їхні персональні дані обробляються для укладення та виконання цього договору. Також Страхувальник підтверджує, що суб'єкти персональних даних (Вигодонабувачі та/або Застраховані особи) повідомлені ним про володільца персональних даних, склад та зміст зібраних персональних даних, їхні права, визначені Законом України «Про захист персональних даних», мету збору та осіб, яким передаються їх персональні дані;

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 ним надані або при укладенні договору страхування, або при письмовому зверненні, або при усному зверненні за умови проходження ідентифікації такої особи.

Страхувальник	Страхувальник НОВИЙ:
«.....» 20.....р. (Дата заповнення)	«.....» 20.....р. (Дата заповнення)
..... / /
(ПІБ та підпис)	(ПІБ та підпис)

Застрахована особа (батьки / піклувальники / опікуни Застрахованої особи, якщо Застрахована особа неповнолітня):

<input checked="" type="checkbox"/> З запропонованими змінами погоджуюсь	
«.....» 20.....р. (Дата заповнення) /
	(ПІБ та підпис)

Зверніть увагу!

У випадку оформлення цієї Заяви у паперовій формі та направлення її службами поштового зв'язку, справжність власноручного підпису поточного Страхувальника або Застрахованої особи (у випадку смерті Страхувальника та призначені новим Страхувальником іншої особи ніж Застрахована), засвідчується нотаріально.