TAS life

ЗАЯВА НА ЗМІНУ ВИГОДОНАБУВАЧА У ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ

№ _____ від «___»_____20___р.
номер договору дата договору

Страховик

АТ «СК «ТАС» (ПРИВАТНЕ)

ЄДРПОУ: 30929821

Адреса: 01001, Україна, м. Київ, вул. Руставелі Шота, будинок 16

E-mail: sktas@taslife.com.ua

Web-сайт: www.taslife.com.ua

Гаряча лінія: 044 537 37 40

Страхувальник

ПІБ: .....

Документ, що посвідчує особу: *зазначте реквізити документа, за яким Ви востаннє підтверджували свою особу у Страховика.Якщо Ви отримали новий документ, який ще не був наданий Страховику, то зазначте реквізити нового документа тазаповніть Заяву на зміну клієнтських даних*

.....
(серія, номер, дата видачі, ким видано)

..... Ідентифікаційний номер: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
(РНОКПП)

Адреса місця проживання: .....
(тимчасового перебування в Україні для нерезидентів)

.....
індекс, область, район, населений пункт, вулиця, будинок, корпу, квартира

Фінансовий номер телефону: +38 (☐☐☐)☐☐☐☐☐☐☐

e-mail: .....

☐ Я, Страхувальник, підтверджую, що мої ідентифікаційні дані (паспортні дані, адреса місця проживання) та/або паспорт не змінились

УВАГА! Якщо Ваші дані змінились (або була вклеєна фотографія в паспорт) заповніть Заяву на зміну клієнтських даних

Прошу внести зміни, що викладені мною нижче, до вищезазначеного Договору страхування:

За страховим випадком

☐ **Дожиття**
☐ **Смерть («Втрата життя»)**
☐ **«Всі інші» призначити**

загальна сума часток виплати повинна становити в сумі 100%

Особиста та контактна інформація НОВОГО ВИГОДОНАБУВАЧА:

Частка виплати, %

1

ПІБ: ..... Дата народження: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ .....%

Ідентифікаційний код: .....
(РНОКПП)

Мобільний телефон: +38 (☐☐☐)☐☐☐☐☐☐☐

Черговість :
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

Громадянство: ☐ України
☐ інше .....

e-mail: .....

Відношення до Застрахованої особи: .....

Роз'яснення щодо зв'язку*: .....

Адреса місця проживання .....
(тимчасового перебування в Україні для нерезидентів)

індекс, область, район, населений пункт, вулиця, будинок, корпу, квартира

2

ПІБ: ..... Дата народження: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ .....%

Ідентифікаційний код: .....
(РНОКПП)

Мобільний телефон: +38 (☐☐☐)☐☐☐☐☐☐☐

Черговість :
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

Громадянство: ☐ України
☐ інше .....

e-mail: .....

Відношення до Застрахованої особи: .....

Роз'яснення щодо зв'язку*: .....

Адреса місця проживання .....
(тимчасового перебування в Україні для нерезидентів)

індекс, область, район, населений пункт, вулиця, будинок, корпу, квартира

За страховим випадком

☐ **Дожиття**
☐ **Смерть («Втрата життя»)**
☐ **«Всі інші» призначити**

загальна сума часток виплати повинна становити в сумі 100%

Особиста та контактна інформація НОВОГО ВИГОДОНАБУВАЧА:

Частка виплати, %

ПІБ: ..... Дата народження: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ .....%

1

Ідентифікаційний код: .....
(РНОКПП)

Мобільний телефон: +38 (☐☐☐)☐☐☐☐☐☐☐

Черговість :
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

Громадянство: ☐ України
☐ інше .....

e-mail: .....

Відношення до Застрахованої особи: .....

Роз'яснення щодо зв'язку*: .....

Адреса місця проживання .....
(тимчасового перебування в Україні для нерезидентів)

індекс, область, район, населений пункт, вулиця, будинок, корпу, квартира

2

ПІБ: ..... Дата народження: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ .....%

Ідентифікаційний код: ..... Мобільний телефон: +38 (☐☐☐)☐☐☐☐☐☐☐
(РНОКПП)

Черговість : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

Громадянство: ☐ України ☐ інше .....

e-mail: .....

Відношення до Застрахованої особи: .....

Роз'яснення щодо зв'язку*: .....

Адреса місця проживання .....
(тимчасового перебування в Україні для нерезидентів) індекс, область, район, населений пункт, вулиця, будинок, корпу, квартира

*** Зверніть увагу!** У випадку, якщо новий Вигодонабувач не відноситься до членів сім'ї Страхувальника*, то потрібно заповнити інформацію про наявність страхового інтересу, а саме вказати детально, у яких взаємовідносинах Застрахована особа перебуває з Вигонабувачем: (спільна оренда, спільне проживання, перебування на утриманні, тощо). До членів сім'ї Страхувальника зокрема належать: чоловік, дружина, батьки (у тому числі усиновлювачі), мати, діти (у тому числі усиновлені), рідні брати і сестри, дід, баба, онуки, опікуни чи піклувальники.

Опитувальник Страхувальника

Згідно з вимогами Закону України № 361-IX «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/finansovyj-monitoryng)

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» ознайомлена (-ий); підтверджую, що проінформована (-ий) про покладені на Страховика зобов'язання щодо обробки персональних даних для цілей ЗАКОНУ.

Своїм підписом 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 володільця 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.

До цієї заяви ОБОВ'ЯЗКОВО додаються документи НОВОГО ВИГОДОНАБУВАЧА:

☑ Копія паспорта / ID картки та Довідки про реєстрацію місця проживання або копія свідоцтва про народження (у випадку якщо новий Вигодонабувач є неповнолітньою особою до 18-ти років)

☐ Копія реєстраційного номеру облікової картки платника податків (РНОКПП) – за наявності

Спосіб відправки для підпису проєкту додаткової угоди про зміну умов договору страхування (у випадку її оформлення):

☐ на адресу місця проживання, зазначене у цій заяві

☐ на e-mail, зазначений у цій заяві

Страхувальник	Застрахована особа (батьки / піклувальники / опікуни Застрахованої особи, якщо Застрахована особа неповнолітня):
«.....» ..... 20.....р. (Дата заповнення) ..... / ..... (ПІБ та підпис)	☑ 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, у випадку зміни Вигодонабувача на іншу особу ніж Страхувальник, засвідчується нотаріально