

№ _____ від «___» _____ 20__ р.
номер договору дата договору

Страховик	☐ Страховальник ☐ Платник
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) 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:

Прошу Вас:

☐ **перерахувати кошти, внесені мною помилково, у розмірі:**

..... грн. з Договору страхування № від р. на Договір страхування № від р.

..... грн. з Договору страхування № від р. на Договір страхування № від р.

..... грн. з Договору страхування № від р. на Договір страхування № від р.

☐ **повернути авансові внески у розмірі**
цифрами

(.....) грн.
прописом

☐ **повернути сплачені мною кошти у розмірі**
цифрами

(.....) грн.
прописом

Спосіб отримання коштів (потрібне відмітити ☒):☐ Перерахувати на мій банківський рахунок (платіжну картку) за наступними реквізитами:

Назва банку МФО

IBAN Картковий рахунок

☐ 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.

Опитувальник Страховальника / Платника

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

Своїм підписом Страхувальник / Платник 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 ним надані або при укладенні договору страхування, або при письмовому зверненні, або при усному зверненні за умови проходження ідентифікації такої особи.

☐ Я, Заявник, підтверджую, що мої ідентифікаційні дані (паспортні дані, адреса місця проживання) та/або паспорт не змінилися (заповнюється у разі якщо у Заявника наявні укладені із Страховиком договори страхування)

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

.....		
Дата заповнення	Підпис	ПІБ