

Декларація про стан здоров'я

Додаток до Договору страхування № _____ від _____

Відомості, що вказані в Декларації, є конфіденційною інформацією та не підлягають передачі третім особам, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України.

Страховальник <input type="checkbox"/> (Страховальник є Застрахованою особою)			
Прізвище	Ім'я	По батькові	Дата народження
Галузь	Службові обов'язки		
Посада	Авторизований номер телефону (мобільний)		

Застрахована особа (Заповнюється у разі, якщо Страховальник не є Застрахованою особою)			
Прізвище	Ім'я	По батькові	Дата народження
Галузь	Службові обов'язки		
Посада	Контактний телефон		

Просимо Вас відповісти на декілька питань: (Страховальник надає відповіді на наведені нижче питання у разі наявності у нього за Договором страхового покриття)	Страховальник	Застрахована особа
1. Ваші зріст та вага.	Зріст _____ см Вага _____ кг	Зріст _____ см Вага _____ кг
2. Чи були у Вас операції або травми, які вплинули на функціонування Вашого організму?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
3. Чи встановлена Вам група інвалідності або Вами подані документи на її встановлення? Якщо так, вкажіть, яка група була встановлена, з якого року та з якої причини:	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
4. Чи були у Вас або Ви маєте наступні захворювання? Якщо так, вкажіть рік виникнення та діагноз:	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
a) нервові або психічні захворювання (шизофренія, епілепсія, втрата свідомості та т.ін.):	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
b) захворювання дихальної системи (бронхіти, туберкульоз, астма та т.ін.):	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
c) захворювання серцево-судинної системи (ендокардит, аритмія, ішемічна хвороба) або відповідні симптоми (болі в грудях, підвищення артеріального тиску, прискорене серцебиття, задишка та т.ін.), або порушення мозкового кровообігу, інсульт:	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
d) доброякісні або злоякісні новоутворення; захворювання крові та лімфатичної системи (анемія, лейкоземія, лімфогранулематоз та т.ін.):	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
e) розлади системи травлення (гастрит, холецистит та т.ін.), жовчного міхура, печінки та підшлункової залози (виразкова хвороба, гепатит, панкреатит та т.ін.):	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
f) хвороби нирок, сечового міхура або сечостатевої системи (пієлонефрит, сечокам'яна хвороба та т.ін.) та гінекологічні хвороби (в тому числі захворювання молочних залоз):	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
g) діабет, захворювання щитовидної залози та інші захворювання ендокринної системи (зоб та т.ін.):	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
h) захворювання опорно-рухового апарату (м'язи, кістки, суглоби, хребет, подагра):	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>

Я, Страховальник/Застрахована особа, підтверджую і гарантую, що інформація, надана в цій Декларації є правдивою, достовірною та вичерпною, і я розумію, що ця інформація може мати вирішальне значення при відновленні страхового покриття. Неповна та/або неправдива інформація може привести до неможливості відновлення страхового покриття або припинення дії Договору страхування та/або відмови у здійсненні страхової виплати.

Підпис Застрахованої особи	ПІБ	Дата заповнення
Підпис Страховальника	ПІБ	Дата заповнення

Увага! Підпис Страховальника є обов'язковим на 1-й та 2-й сторінці Декларації.

Заява-правочин

Я, Страхувальник, телефонний номер **+380(00)00000000**, та Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «ТАС» (код ЄДРПОУ: 30929821), надалі за текстом – «Страховик», а разом – Підписанти, дійшли згоди щодо питання про перегляд та доповнення (реорганізацію) умов, способів та засобів взаємодії підписантів, у тому числі у площині обміну інформацією та здійснення ними волевиявлення, юридично значимих дій, щодо правовідносин, що виникли між підписантами у минулому та тих, що можуть виникнути з будь-якого приводу у майбутньому.

Підписанням власноруч даної Заяви підписанти заявляють та підтверджують, що дійшли згоди та домовилися (здійснили правочин) про таке:
1. Для цілей вчинення та підписання договорів/угод/правочинів (у тому числі додаткових угод, додатків і т.д.) укладених (вчинених) підписантами виключно між собою (у тому числі договорів в електронній формі (електронних договорів)), надалі за текстом – «Договори» або «Договір», підписанти надають згоду на застосування наступних засобів:

а) Страховик має право використовувати аналог (копію) власноручного підпису уповноваженої особи Страховика та відбитку печатки (факсимільного відтворення підпису та відтиску печатки за допомогою засобів електронного копіювання), надалі за текстом – «Факсиміле», відповідні аналоги яких містяться у даній Заяві у якості зразків.

б) Для підписання Договорів у електронній формі Страхувальник має право використовувати електронний підпис одноразовим ідентифікатором, що передбачений чинним законодавством України. Порядок надання Страховиком такого одноразового ідентифікатора Страхувальнику та порядок його використання Страхувальником встановлюється у відповідній оферті на укладання кожного окремого Договору в електронній формі.

2. Всі договори/угоди/правочини в електронній формі (у тому числі додаткові угоди, додатки і т.д.) вважаються укладеними (вчиненими) та визнаються підписантами, якщо вони є підписаними (містять підписи) підписантами у порядку, викладеному в п.1 даної Заяви. Вказані договори, за своїми правовими наслідками, прирівнюються до аналогічних договорів, виконаних на паперових носіях з нанесеними власноруч підписами сторін.

3. Для цілей практичного застосування положень даної Заяви підписанти визначили, що телефонний номер Страхувальника, що вказаний у преамбулі даної Заяви, визнається підписантами Авторизованим номером телефону Страхувальника, що застосовується для:

3.1. отримання алфавітно-цифрової послідовності, яка є одноразовим ідентифікатором для цілей застосування його Страхувальником у якості електронного підпису, що передбачений п. 1 даної Заяви, для укладання (підписання) Договорів в електронній формі.

3.2. автентифікації Страхувальника при використанні телефонного зв'язку для комунікації зі Страховиком та його колл-центром.

3.3. для отримання повідомлень та інформації (у тому числі одноразових паролів та/або логінів для використання їх для ідентифікації у інформаційно-телекомунікаційній системі Страховика (Кабінет клієнта або Особистий кабінет)) від Страховика.

3.4. для надсилання Страхувальнику одноразових паролів для підтвердження вчинення дій, обумовлених конкретними Договорами.

3.5. при втраті або заміні Авторизованого номера телефону Страхувальник зобов'язується подати Страховику письмову, підписану власноруч заяву, яка повинна містити відповідне повідомлення про втрату або заміну та реквізити нового Авторизованого номера телефону Страхувальника.

4. Підтвердження та згоди:

4.1. Підписуючи цю Заяву, Страхувальник дає згоду на збереження, обробку та передачу зазначеної в ній інформації третім особам з метою супроводження даної Заяви та укладених Договорів.

Страхувальник згоден із фіксацією технічними засобами телефонних розмов в цілях виконання умов даної Заяви та подальшого застосування отриманої у їх ході інформації.



4.2. Підписанти погоджуються та засвідчують, що при виконанні вже укладених Договорів допускається підписання документів, необхідних для їх виконання (заяв, повідомлень, пропозицій, що є та/або будуть результатом здійснення підписантами своїх прав та обов'язків за вищевказаними Договорами) в електронній формі шляхом використання (у порядку встановленому чинним, на момент використання, законодавством України) електронного підпису, прирівняного чинним, на момент використання, до власноручного підпису, або електронного підпису, що передбачений для кожного з підписантів у п. 1 даної Заяви.

4.3. Підписанти підтверджують, що всі наступні Договори, що будуть укладені виключно між ними, можуть вчинятися ними з використанням (у порядку, встановленому чинним, на момент використання, законодавством України) електронного підпису, прирівняного чинним, на момент використання, до власноручного підпису, або електронного підпису, що передбачений для кожного з підписантів у п. 1 даної Заяви.

4.4. З метою більш комфортного обслуговування Страхувальника для уникнення потреби повторного власноручного підписання ним аналогу даної Заяви (у випадку неможливості з будь-яких причин (припинення трудових відносин, смерть і т.д.) використання Факсиміле, передбаченого пп. а) п. 1 даної Заяви), Підписанти, застосовуючи положення ч.3 ст. 6 ЦК України, вирішили відійти від положень ч. 3 ст. 207 ЦК України та врегулювати питання розміщення зразків Факсиміле наступним чином:

Зразки аналогів (копій) власноручних підписів уповноважених осіб Страховика та відбитку його печатки, що застосовуються ним в якості підпису при вчиненні електронних Договорів, розміщуються у відповідній оферті, що здійснюється Страховиком для цілей укладання електронних Договорів або окремо на сайті Страховика із вказівкою про функціональне призначення такого зразка.

5. Зразки аналогів (копій) власноручних підписів уповноважених осіб Страховика та відбитку його печатки:

ПІБ Герасименко Сніжана Анатоліївна 	ПІБ Шаповалова Наталія Олександрівна 
СТРАХОВИК: АТ "СК "ТАС" (приватне) Начальник відділу по роботі з письмовими запитами клієнтів Департаменту підтримки клієнтів ПІБ: С.А. Герасименко	СТРАХУВАЛЬНИК: