

Термін обробки заяви може складати до 30 днів з моменту реєстрації її в компанії. Факт реєстрації заяви підтверджується СМС-повідомленням на мобільний телефон страхувальника.

**АТ «СК «ТАС» (ПРИВАТНЕ)**

ЄДРПОУ: 30929821  
Адреса: 01001, Україна, м. Київ, вул. Шота Руставелі,  
16, 6-й поверх  
E-mail: sktas@taslife.com.ua  
Web-сайт: www.taslife.com.ua  
Гаряча лінія: 0 800 500 117

**Від Страхувальника:**

П.І.Б. \_\_\_\_\_  
Код ІПН: □□□□□□□□□□  
Адреса для листування: індекс □□□□□, \_\_\_\_\_  
Контактний тел.: +□□□□□□□□□□□□  
E-mail: \_\_\_\_\_

**ЗАЯВА ПРО ЗМІНУ ВИГОДОНАБУВАЧІВ ДО ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

Поліс Серія □□ Номер □□□□□□□□ від □□.□□.□□□□р.

Прошу внести зміни до вищезазначеного Договору страхування протягом 30 календарних днів з моменту реєстрації цієї заяви:

За страховим випадком  «Дожиття»  «Смерть» («Втрата життя»)  «Всі інші» призначити:

(виберіть один або декілька із варіантів)

№	Частка виплати, %	Особиста та контактна інформація Вигодонабувача			
1	□□□	П.І.Б. Вигодонабувача			
		Адреса реєстрації			
		Електронна пошта			
		Телефон	Родинний зв'язок зі Страхувальником	Дата народження	ІПН
		+380(□□)□□□□□□□□		□□.□□.□□	□□□□□□□□□□
2	□□□	П.І.Б. Вигодонабувача			
		Адреса реєстрації			
		Електронна пошта			
		Телефон	Відношення	Дата народження	ІПН
		+380(□□)□□□□□□□□		□□.□□.□□	□□□□□□□□□□
<b>Σ</b>	<b>100%</b>				

За страховим випадком  «Дожиття»  «Смерть» («Втрата життя»)  «Всі інші» призначити:

(виберіть один або декілька із варіантів)

№	% виплати	Особиста та контактна інформація Вигодонабувача			
1	□□□	П.І.Б. Вигодонабувача			
		Адреса реєстрації			
		Електронна пошта			
		Телефон	Відношення	Дата народження	ІПН
		380(□□)□□□□□□□□		□□.□□.□□	□□□□□□□□□□
2	□□□	П.І.Б. Вигодонабувача			
		Адреса реєстрації			
		Електронна пошта			
		Телефон	Відношення	Дата народження	ІПН
		380(□□)□□□□□□□□		□□.□□.□□	□□□□□□□□□□
<b>Σ</b>	<b>100%</b>				

Страхувальник підтверджує, що Вигодонабувачі за цим Договором ним повідомлені про те, що на їх користь укладено Договір і їхні персональні дані обробляються для укладання та виконання цього Договору. Також Страхувальник підтверджує, що суб'єкти персональних даних (Вигодонабувачі) повідомлені ним про володільця персональних даних, склад та зміст зібраних персональних даних, їхні права, визначені Законом України «Про захист персональних даних», мету збору персональних даних та осіб, яким передаються його персональні дані.

**До цієї заяви обов'язково додаються документами:**

Копія паспорта та ідентифікаційного номеру нового Вигодонабувача (ів)

Страхувальник

П.І.Б.: \_\_\_\_\_  
Дата підписання: □□.□□.□□□□ р.  
Підпис: \_\_\_\_\_

Застрахована особа:

«З запропонованими змінами згоден (згодна).»

П.І.Б.: \_\_\_\_\_  
Дата підписання: □□.□□.□□□□ р.  
Підпис: \_\_\_\_\_