

№ _____ від «__» _____ 20__ р.
(Зміни оформлюються за заявою ПОТОЧНОГО Страхувальника
зі згоди Застрахованої особи та НОВОГО Страхувальника)

АТ «СК «ТАС» (ПРИВАТНЕ)	від Страхувальника
ЄДРПОУ: 30929821	ПІБ:
Адреса: 01001, Україна, м. Київ, вул. Шота Руставелі, 16, 6-й поверх	Адреса місця проживання (для листування): / індексобластьрайон
E-mail: sktas@taslife.com.ua	 / населений пунктвулицябудинок, корпус, квартира
Web-сайт: www.taslife.com.ua	Мобільний телефон: +38 ()
Гаряча лінія: 044 537 37 40	e-mail:

Прочитавши та погодившись з умовами Договору страхування, Страховальник зобов'язується сплатити страховий платіж, що відбудеться через тридцять календарних днів з моменту реєстрації заяви (раніше, якщо це буде можливим).

Паспортні дані НОВОГО Страхувальника:	
ПІБ:	Дата народження: / /
.....	Місце народження:
Документ, що посвідчує особу: (серія, номер, ким виданий, дата видачі)	 країна
.....	 населений пункт
Ідентифікаційний номер:	e-mail:
Мобільний телефон: +38 ()	
Адреса місця проживання (для листування): 	
..... індекс	 область
..... населений пункт	 район
..... вулиця	 будинок, корпус, квартира

Самостійна оцінка фізичної особи (CRS) / Опитувальник НОВОГО Страхувальника	
Згідно з вимогами Закону України №2970-IX «Про внесення змін до Податкового кодексу України та інших законодавчих актів України щодо імплементації міжнародного стандарту автоматичного обміну інформацією про фінансові рахунки», просимо вказати інформацію за питаннями, що зазначені нижче: <i>Податковий резидент — особа, яка за законодавством певної держави підлягає оподаткуванню в ній на підставі місця проживання, постійного місця перебування, місця реєстрації та/або за критерієм отримання доходів з джерел походження у певній державі, або іншого аналогічного критерію:</i>	
1. Чи є Ви податковим резидентом України?	☐ Ні ☐ ТАК
2. Чи є Ви податковим резидентом іншої країни, окрім України?	☐ Ні ☐ ТАК
3. Вкажіть країни податкового резиденства, окрім України?	
4. Вкажіть податковий номер для країни податкового резиденства, окрім України?	☐ ТАК
	☐ Ні Вкажіть причину відсутності ІПН в іншій країні податкового резиденства:
☐ країна, резидентом якої Ви є, не видає ІПН своїм резидентам;	
☐ ІПН не вимагається (зазначте цю причину тільки в тому випадку, якщо національне законодавство відповідної юрисдикції не вимагає збір ІПН, виданих цією юрисдикцією).	
☐ Ви не можете отримати ІПН або еквівалентний номер з інших причин (будь ласка, вкажіть причину чому Ви не можете отримати ІПН)	
.....	
Я підтверджую, що інформація надана мною в цій Заяві може бути надана Державній податковій службі України, а остання може обмінюватися цією інформацією з податковими органами іншої держави/юрисдикції або державами/юрисдикціями, в якій (-их) я, як новий Страхувальник, могу бути податковим резидентом, відповідно до Багатосторонньої угоди компетентних органів про автоматичний обмін інформацією про фінансові рахунки.	
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, 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)	

2. Характер та зміст Вашої діяльності (Соціальний статус)

☐ студент

☐ безробітний

☐ найманий працівник

☐ пенсіонер

☐ підприємець (ФОП)

☐ інше (необхідно зазначити)

3. Фінансовий стан (Ваш середньомісячний дохід)

☐грн.

☐ або вказати де розміщена декларація

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 засвідчую, що на виконання ст. 8, 12, 21 Закону України «Про захист персональних даних» я повідомлений про володільця персональних даних, склад та зміст зібраних персональних даних наданих мною, права суб'єктів персональних даних, визначені цим Законом, мету збору персональних даних та осіб, яким можуть передатися персональні дані.

Документи НОВОГО Страхувальника, що ОБОВ'ЯЗКОВО додаються до заяви

☒ Копія паспорта (всі заповнені сторінки) - завірена власноручним надписом «Копія вірна», датою та підписом

☒ Копія картки платника податків (РНОКПП) - завірена власноручним надписом «Копія вірна», датою та підписом

☐ Медична декларація про стан здоров'я (якщо по договору передбачена опція «Звільнення Страхувальника від сплати внесків»)

☒ 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.

Я, як новий Страхувальник, підтверджую, що вся інформація, зазначена в цьому документі, є точною та повною в тій мірі, в якій мені відомо.

Я, як новий Страхувальник, зобов'язуюсь повідомляти АТ «СК «ТАС»(приватне) протягом тридцяти календарних днів про будь-яку зміну обставин, що впливає на статус податкового резидентства фізичної особи, зазначеної в цій формі, або призводить до того, що інформація, яка міститься в цій формі, стає неточною або неповною, та зобов'язуюсь надавати АТ «СК «ТАС»(приватне) належним чином оформлений новий документ самостійної оцінки у строк до тридцяти календарних днів з моменту настання таких змін.

Страхувальник	Застрахована особа
«.....» 20.....р. (Дата заповнення) / (ПІБ та підпис)	«З запропонованими змінами погоджуюсь» «.....» 20.....р. (Дата заповнення) / (ПІБ та підпис)

Страхувальник НОВИЙ:

«.....» 20.....р.
(Дата заповнення)

..... /
(ПІБ та підпис)

Підписуючи цю заяву Я, НОВИЙ Страхувальник, надаю згоду відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» на збирання, обробку АТ СК «ТАС» (приватне) моїх персональних даних та передачу їх третім особам (додаткового повідомлення про таку передачу не вимагається) з метою виконання та супроводження Договору страхування.