

**АТ «СК «ТАС» (ПРИВАТНЕ)**

ЄДРПОУ: 30929821  
Адреса: 01001, Україна, м. Київ, вул. Шота Руставелі, 16, 6-й поверх

Web-сайт: www.taslife.com.ua  
Гаряча лінія: 044 537 37 40

**Від Страхувальника:**

П.І.Б.

Код ІПН: □□□□□□□□□□

Адреса для листування: індекс □□□□□,

Контактний тел.:

+□□□□□□□□□□□□

**ЗАЯВА ПРО ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО ДОГОВОРУ ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ  
ЗА ПРОГРАМОЮ «ДОКТОР ТАС»**

(Поліс Серія □□ Номер □□□□□□□□ від □□.□□.□□□□р.)

Я, \_\_\_\_\_, прошу внести зміни до вищезазначеного Договору страхування, що викладені мною нижче, з найближчої річниці дії Договору страхування, якщо з моменту реєстрації цієї заяви до її настання залишиться не менше одного місяця. Мене повідомлено про те, що в іншому випадку – **зміни до Договору страхування будуть внесені з наступної, після найближчої, річниці дії Договору страхування.**

**Перелік запропонованих змін до Договору страхування:**

**Збільшення строку дії:** з □□ років на □□ років.

**Зміна періодичності сплати страхових внесків:**

**З:**  щорічної **На:**  щорічну  
 щопіврічної  щопіврічну  
 щоквартальної  щоквартальну

**Зміна пакету страхування:**

**з:**  «Україна» **На:**  «Україна»  
 «Україна плюс»  «Україна плюс»  
 «VIP – Увесь світ»  «VIP – Увесь світ»

СТРАХОВЕ ПОКРИТТЯ/ ПАКЕТ СТРАХУВАННЯ	СТРАХОВА СУМА, євро		
	Пакет страхування «Україна»	Пакет страхування «Україна плюс»	Пакет страхування «VIP – Увесь світ»
Втрата життя	1,00	1,00	1,00
Настання критичного захворювання та/або стану, що потребує лікування (перелік захворювань визначено в Умовах програми страхування життя «Доктор ТАС», в залежності від обраного пакету страхування)	300 000,00	500 000,00	1 000 000,00
<b>ДЛЯ ЗАСТРАХОВАНИХ ОСІБ ВІКОМ ВІД 0 (НУЛЯ) ДО 17 (СІМНАДЦЯТИ) РОКІВ ВКЛЮЧНО ДО ДНЯ ДОСЯГНЕННЯ 18-РІЧНОГО ВІКУ</b>			
РІЧНИЙ СТРАХОВИЙ ТАРИФ	0,000117	0,000100	0,000100
РІЧНИЙ ЗАГАЛЬНОГО ВНЕСКУ, євро	<b>35,00</b>	<b>50,00</b>	<b>120,00</b>
РІЧНИЙ СТРАХОВИЙ ТАРИФ	0,000133	0,000120	0,000140
ПІВРІЧНИЙ СТРАХОВИЙ ВНЕСОК, ЄВРО	<b>20,00</b>	<b>30,00</b>	<b>70,00</b>
РІЧНИЙ СТРАХОВИЙ ТАРИФ	0,000160	0,000144	0,000152
ЩОКВАРТАЛЬНИЙ СТРАХОВИЙ ВНЕСОК, ЄВРО	<b>12,00</b>	<b>18,00</b>	<b>38,00</b>
<b>ДЛЯ ЗАСТРАХОВАНИХ ОСІБ ВІКОМ ВІД 18 (ВІСІМНАДЦЯТИ) ДО 64 (ШІСТДЕСЯТИ ЧОТИРЬОХ) РОКІВ</b>			
РІЧНИЙ СТРАХОВИЙ ТАРИФ	0,000433	0,000500	0,000500
РІЧНИЙ ЗАГАЛЬНОГО ВНЕСКУ, євро	<b>130,00</b>	<b>250,00</b>	<b>500,00</b>
РІЧНИЙ СТРАХОВИЙ ТАРИФ	0,000467	0,000540	0,000540
ПІВРІЧНИЙ СТРАХОВИЙ ВНЕСОК, ЄВРО	<b>70,00</b>	<b>135,00</b>	<b>270,00</b>
РІЧНИЙ СТРАХОВИЙ ТАРИФ	0,000533	0,000560	0,000560
ЩОКВАРТАЛЬНИЙ СТРАХОВИЙ ВНЕСОК, ЄВРО	<b>40,00</b>	<b>70,00</b>	<b>140,00</b>

**Мені відомо, що при зміні пакету страхування з пакету «Україна» та/або «Україна плюс» на пакет «Україна плюс» та/або «VIP – Увесь світ» відповідно, страхове покриття за критичними захворюваннями (станами), що не були передбачені Умовами програми страхування життя «Доктор ТАС» за попереднім пакетом страхування, вступає в дію тільки після закінчення періоду очікування - 90 (дев'яносто) днів з дати внесення змін до Договору страхування за такими критичними захворюваннями (станами) як «Кардіохірургія», «Нейрохірургія», «Реабілітація», та 180 (сто вісімдесят) днів з дати внесення змін до Договору страхування за таким критичним захворюванням (станом) як «Трансплантація життєво важливих органів».**

---

**Анкета актуалізації персональних даних:**

- Я підтверджую, що мої ідентифікаційні дані (паспортні дані, адреса реєстрації) не змінилися.
- Я підтверджую, що мої ідентифікаційні дані змінилися; копію паспорта додаю.
- Я є національним або іноземним публічним діячем чи діячем, що виконує політичні функції в міжнародних організаціях, або пов'язаною з ними особою; анкету-опитувальник додаю.

**Документи, що додаються до заяви:**

- Медична анкета Застрахованої особи (надається у разі, якщо відбувається зміна на пакет страхування з більш розширеним страховим покриттям).
  - Копія паспорта та ідентифікаційного номеру.
  - Анкета-опитувальник (якщо страхувальник є публічним чи політичним діячем або пов'язаною з ними особою).
  - Інше (вказати, що саме)
- 

**Страховальник**

П.І.Б.: \_\_\_\_\_

Дата підписання: □□.□□.□□□□ р.

Підпис: \_\_\_\_\_

**Застрахована особа (батьки/піклувальники/опікуни  
Застрахованої особи, якщо вона є неповнолітньою):  
«З запропонованими змінами згоден (згодна)».**

П.І.Б.: \_\_\_\_\_

Дата підписання: □□.□□.□□□□ р.

Підпис: \_\_\_\_\_