TAS life

ЗАЯВА НА ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

за договором_____ від «___»_____20___р.

Заявник - отримувач виплати:

☐ **Вигодонабувач** ☐ **представник Вигодонабувача (батьки/опікуни/за довіреністю)**

ПІБ: .....

Документ, що посвідчує особу:
(серія, номер, дата видачі) .....
.....

Ідентифікаційний номер: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Номер телефону (мобільний): +38 (☐☐☐)☐☐☐☐☐☐☐

e-mail: .....

Адреса місця проживання (тимчасового перебування в Україні для нерезидентів): ☐☐☐☐☐ ..... / .....
індекс область район

..... / ..... ☐☐☐/☐☐/☐☐☐
населений пункт вулиця будинок, корпус, квартира

Відомості про Застраховану особу:

ПІБ: .....

Страховий випадок, що відбувся:

☐ Дожиття ☐ Критичні захворювання ☐ Хірургічне втручання ☐ Швидка допомога

☐ Смерть (Втрата життя) ☐ Інвалідність/стійка втрата працездатності ☐ Тимчасова непрацездатність ☐ Госпіталізація

☐ Опція звільнення від сплати внесків ☐ Травматизм ☐ Реабілітація

Дата випадку ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ р. Опис випадку .....

.....

Спосіб отримання страхової виплати Вигодонабувачем або його представником (потрібне відмітити ☑)

У разі надання копій або не належним чином оформленої медичної документації страхова виплата буде здійснена з утриманням податку та військового збору (згідно чинного податкового законодавства)

☐ Перерахувати на мій банківський рахунок (платіжну картку) за наступними реквізитами:

Назва банку ..... МФО .....

IBAN ..... Картковий рахунок .....

☐ Перерахувати через платіжну систему термінових переказів «Швидка копійка»* від АТ «Ощадбанк»
** Вартість такої послуги буде складати 1,7% від суми, належної до отримання, але не менше 7,00 грн.*

☐ Зарахувати як страховий внесок на Договір .....

Опитувальник Заявника

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 ☐ найманний працівник ☐ пенсіонер ☐ підприємець (ФОП)

☐ інше (необхідно зазначити) .....

3. Фінансовий стан (середньомісячний дохід)

☐ до 10 000 грн. ☐ 10 001-30 000 грн. ☐ 30 001-50 000 грн. ☐ більше 50 001 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.

Правильність та достовірність наданої інформації підтверджую

Вигодонабувач	..... Дата	..... Підпис	..... ПІБ
Представник Вигодонабувача I	..... Дата	..... Підпис	..... ПІБ
Представник Вигодонабувача II**	..... Дата	..... Підпис	..... ПІБ

*** Даним підписом надаю згоду на отримання страхової виплати Заявником, згідно даної Заяви (згода другого з батьків).*

ЗАПОВНЮЄТЬСЯ СПІВРОБІТНИКОМ АТ «СК «ТАС» (ПРИВАТНЕ)

Заявник віднесений за рівнем ризику до категорії:

☐ низький ☐ середній ☐ підвищений ☐ високий

Оцінка фінансового стану заявника:

☐ відповідає фінансовим операціям ☐ потребує вивчення ☐ не відповідає фінансовим операціям

..... Дата заповнення ..... Підпис ..... ПІБ