

№ _____ від « ____ » _____ 20__р.
номер договору дата договору

Страховик	Страхувальник
АТ «СК «ТАС» (ПРИВАТНЕ)	ПІБ:
ЄДРПОУ: 30929821	(серія, номер, дата видачі, ким видано)
Адреса: 01001, Україна, м. Київ, вул. Руставелі Шота, будинок 16	Документ, що посвідчує особу: (РНОКПП) Ідентифікаційний номер:
E-mail: sktas@taslife.com.ua	Адреса місця проживання / (тимчасового перебування в Україні індекс область район для нерезидентів)
Web-сайт: www.taslife.com.ua	 / / / населений пункт вулиця будинок, корпус, квартира
Гаряча лінія: 044 537 37 40	Контактний телефон: +38 ()
	e-mail:

☐ **Прощу відновити дію страхового покриття за вищезазначеним договором страхування у зв'язку з погашенням мною заборгованості зі сплати страхових внесків у повному розмірі (включаючи як заборгованість на момент дострокового припинення договору страхування, так і страхові внески, що мали бути сплачені з моменту дострокового припинення до поточної дати у розмірі грн. - для договорів з накопичувальною складовою).**

Я розумію та приймаю наступне:

- ✓ Страховик приймає рішення щодо відновлення дії страхового покриття за договором страхування та повідомляє його мені протягом тридцяти календарних днів з моменту отримання цієї заяви;
- ✓ у разі відмови Страховика від відновлення дії страхового покриття за договором страхування він повертає мені кошти, що надійшли до Страховика пізніше дати дострокового припинення дії страхового покриття за договором страхування, за окремою заявою про повернення коштів;
- ✓ у період відсутності оплати страхових внесків відповідно до умов договору, страхове покриття за цим договором припиняється (або діє на змінених умовах, визначених відповідним договором або умовами страхового продукту/програми страхування).

Я гарантую наступне:

- ☒ за період з дати прострочення оплати чергового страхового внеску за договором страхування до дати подання цієї заяви страхових випадків не відбулося і розумію, що покриття не діяло.

Надалі зобов'язуюсь вчасно сплачувати чергові страхові платежі.

Документи, що додаються до заяви:

- ✓ Медична декларація Страхувальника та/або Застрахованої особи (обов'язково надається якщо з дати виникнення заборгованості пройшло 120 днів і більше).

☐ Прошу заяву на розірвання Договору страхування та виплату викупної суми за Договором №
від «.....» 20 року вважати недійсною.

Даною заявою підтверджую своє бажання продовжувати дію зазначеного Договору.

☐ Я, Страхувальник, підтверджую, що мої ідентифікаційні дані (паспортні дані, адреса місця проживання) та/або паспорт не змінились

УВАГА! Якщо Ваші дані змінились (або була вклеєна фотографія в паспорт) заповніть Заяву на зміну клієнтських даних

Своїм підписом Страхувальник підтверджує, що:

- Вигодонабувачі та/або Застраховані особи за вказаним договором страхування повідомлені ним про те, що на їх користь укладено такий договір і їхні персональні дані обробляються для укладення та виконання цього договору. Також Страхувальник підтверджує, що суб'єкти персональних даних (Вигодонабувачі та/або Застраховані особи) повідомлені ним про володільця персональних даних, склад та зміст зібраних персональних даних, їхні права, визначені Законом України «Про захист персональних даних», мету збору та осіб, яким передаються їх персональні дані;
- Вигодонабувачі та/або Застраховані особи розуміє значення своїх дій, діє добровільно та надає згоду на використання відкритих мережевих сервісів (мобільного застосунку, веб сервісу, програмного забезпечення, месенджерів) для електронної взаємодії із Страховиком, в тому числі надає згоду на отримання від Страховика інформації, що містить таємницю страхування за договором страхування на електронну пошту Страхувальника та/або на номер телефону, що були ним надані або при укладенні договору страхування, або при письмовому зверненні, або при усному зверненні за умови проходження ідентифікації такої особи.

Опитувальник Страхувальника

Згідно з вимогами Закону України № 361-ІХ «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення» від 06.12.2019 року (далі-ЗАКОН), 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 у розділі «Документи»/«Бланки заяв»/«Фінансовий моніторинг» за посиланням: https://taslife.com.ua/important_info/inshi-dokumenty/finansoviy-monitoryng)

2. Характер та зміст Вашої діяльності (Соціальний статус)
☐ студент ☐ безробітний ☐ найманий працівник ☐ пенсіонер ☐ підприємець (ФОП)
☐ інше (необхідно зазначити)

Сфера діяльності

3. Фінансовий стан (Ваш середньомісячний дохід)

☐грн.

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: надаю згоду відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» на збирання, збереження, обробку Страховиком своїх персональних даних та на передачу таких персональних даних іншим суб'єктам відносин, в тому числі платіжним системам або банківським установам, з метою виконання Договору страхування (додаткового повідомлення про таку передачу не вимагається); посвідчую, що отримав повідомлення про обробку та включення своїх персональних даних до бази персональних даних клієнтів Страховика з метою забезпечення реалізації відносин у сфері послуг із страхування життя, виконання Договору страхування; підтверджую, що зі своїми правами, як суб'єкта персональних даних, відповідно ст. 8 Закону України «Про захист персональних даних» ознайомлена (-ий); підтверджую, що проінформована (-ий) про покладені на Страховика зобов'язання щодо обробки персональних даних для цілей ЗАКОНУ.

Дата заповнення

Підпис

ПІБ