TAS life

ОПИТУВАЛЬНИК

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:

Відомості про Заявника:

ПІБ: .....

Документ, що посвідчує особу:
(серія, номер, дата видачі, ким видано) ..... Ідентифікаційний номер: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
(РНОКПП)
..... Контактний телефон: +38 (☐☐☐) ☐☐☐☐☐☐☐

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

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

Мета складання опитувальника

☐ актуалізація даних ☐ у відповідь на додатковий запит Страховика

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 (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/finansovyj-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.

Самостійна оцінка фізичної особи (CRS, FATCA)

Згідно з вимогами статті 39-3 Податкового кодексу України, просимо вказати інформацію за питаннями, що зазначені нижче:

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 джерелом походження у певній державі, або іншого аналогічного критерію:

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 та інформація про Заявника та про Договір страхування 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) Заявник може бути податковим резидентом, відповідно до Багатосторонньої угоди компетентних органів про автоматичний обмін інформацією про фінансові рахунки та Угоди між Урядом України та Урядом Сполучених Штатів Америки для поліпшення виконання податкових правил й застосування положень Закону США «Про податкові вимоги до іноземних рахунків».

Я зобов'язуюсь повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що впливає на статус податкового резидентства фізичної особи, зазначеної в цій Заяві, або призводить до того, що інформація, яка міститься в цій Заяві, стає неточною або неповною, та зобов'язуюсь надавати Страховику належним чином оформлений новий документ самостійної оцінки у строк до тридцяти календарних днів з моменту настання таких змін та до припинення ділових відносин.

☐ Я, Заявник, підтверджую, що мої ідентифікаційні дані (паспортні дані, адреса місця проживання) та/або паспорт не змінились (заповнюється у разі якщо у Заявника наявні укладені із Страховиком договори страхування)

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

Своїм підписом Заявник підтверджує, що 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.

Правильність та достовірність наданої інформації підтверджую

....
Дата заповнення Підпис ПІБ