

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

Я – Страховальник / Спадкоємець Страховальника¹ за вказаним вище Договором страхування – прошу Вас достроково припинити дію вищезазначеного Договору страхування.

¹якщо Заява подається Спадкоємцем, то обов'язково додаються копії ідентифікаційних документів Спадкоємця та оригінали (або засвідчені відповідно до вимог законодавства копії) документів про право на спадщину.

Виберіть потрібний варіант: (відмітити ☒) Увага! З перерахованої суми може бути утримана комісія, згідно тарифів Вашого Банку.

☐ У разі наявності викупної суми² та/або переплати (окремим платежем) перерахувати кошти нижче зазначеним способом
² виплата викупної суми здійснюється при достроковому припиненні договору страхування з накопичувальною складовою після 3-х років дії такого договору. В перші 3 (три) роки дії договору страхування викупна сума дорівнює 0 (нулю). У разі наявності заборгованості зі сплати страхових платежів, така заборгованість утримується Страховиком при виплаті викупної суми

☐ У разі наявності сплачених страхових внесків (їх частини) за період, що залишився до закінчення періоду страхування³, та/або переплати страхових внесків, перерахувати кошти нижче зазначеним способом

³ Повернення страхових внесків (їх частини), сплачених за період, що залишився до закінчення періоду страхування, здійснюється при достроковому припиненні договору страхування з ризиковою складовою (з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за страховими випадками, що сталися протягом періоду страхування, у якому відбувається таке дострокове припинення)

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

Назва банку МФО

IBAN

Картковий рахунок

☐ Зарахувати як страховий внесок на Договір страхування

Чи належите Ви до військовослужбовців та працівників Збройних Сил України, Служби безпеки України, Служби зовнішньої розвідки України, Головного управління розвідки Міністерства оборони України, Національної гвардії України, Державної прикордонної служби України, Управління державної охорони України, Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України, Державної спеціальної служби транспорту

☐ Ні ☐ ТАК (на підтвердження подаю один з підтверджуючих документів: копія військового квитка, засвідчена належним чином; довідка з військової частини, довідка з місця роботи)

Опитувальник Страховальника/Спадкоємця Страховальника

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 про запобігання та протидію), 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»)

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.

☐ 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 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 відносно, 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 відносно в 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 про запобігання та протидію.

Самостійна оцінка фізичної особи (CRS, FATCA) (Заповнюється, якщо Заявник зазначає в цій заяві адресу проживання за межами України)

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 джерел 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, 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 / Спадкоємець Страхувальника підтверджує, що розуміє значення своїх дій, діє добровільно та надає згоду на використання відкритих мережових сервісів (мобільного застосунку, веб сервісів, 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.

Підписавши цю заяву Страхувальник / Спадкоємець Страхувальника погоджується з тим, що:

✓ договір страхування, реквізити якого зазначено у даній заяві, достроково припиняється через 30 календарних днів з дня реєстрації отримання Страховиком оригіналу цієї заяви;

☒ про реєстрацію Страховиком цієї заяви Страхувальник / Спадкоємець Страхувальника інформується шляхом направлення йому смс-повідомлення на авторизований номер телефону Страхувальника / контактний номер телефону Спадкоємця Страхувальника, вказаний у цій заяві.

.....

.....

.....