

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

Відповідно до умов договору страхування (далі-Договір) я користуюсь своїм правом (потрібне відмітити ):

☐ на відмову від Договору до закінчення 30-денного терміну з дня укладання Договору.

☐ на відмову від Договору до закінчення 45-денного терміну з дня отримання Договору (у зв'язку з тим, що Договір містить розбіжності із заявою на укладення договору страхування, яка була мною подана Страховику).

Прочу повернути страховий платіж (внесок) у повному розмірі* на мій банківський рахунок (платіжну картку) за наступними реквізитами:	
Назва банку	МФО
IBAN	Картковий рахунок

Я, _____, надаю згоду відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» на збір, обробку, 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 вилучення своїх персональних даних до бази персональних даних клієнтів Страховика з метою забезпечення реалізації відносин у сфері послуг із страхування життя, виконання Договору страхування. Зі своїми правами, як суб'єкта персональних даних, відповідно ст. 8 Закону України «Про захист персональних даних» ознайоmlена (-ий) та проінформована (-ий) про покладені на Страховика зобов'язання щодо обробки персональних даних для цілей запобігання та протидії легалізації (відмивання) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення.

Своїм підписом Заявник підтверджує, що розуміє значення своїх дій, діє добровільно та надає згоду на використання відкритих мережових 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.

..... Дата заповнення Підпис ПІБ

*** Зверніть увагу!**

Якщо протягом вказаного терміну було повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим договором страхування, Страховик протягом 10 робочих днів з дня прийняття рішення щодо визнання або невизнання події, що має ознаки страхового випадку, страховим випадком повертає Страхувальнику сплачений страховий платіж (внесок) за вирахуванням суми страхової виплати (в разі, якщо було прийнято рішення про здійснення страхової виплати) або повністю (в разі, якщо було прийнято рішення про відмову у страховій виплаті)