

**АКЦЕПТ**  
**Пропозиції укласти електронний Договір страхування життя**  
**за стандартним страховим продуктом «Твій бронезахист»**  
**від «28» червня 2024 року**

м. Київ

\_\_\_\_.\_\_\_\_.202\_ р.

Цей Акцепт є відповіддю (повідомленням) на зроблену АТ «СК «ТАС» (приватне), ідентифікаційний код за ЄДРПОУ: 30929821, Пропозицію укласти електронний Договір страхування життя за стандартним страховим продуктом «Твій бронезахист» (оферта) від «28» червня 2024 року (надалі – «Пропозиція»), яка розміщена в мережі Інтернет на сайті вказаного Страховика за адресою: <https://taslife.com.ua/dokuments/propozycziya-uklasty-dogovir-za-produktom-tvij-bronezahyst>, про її повне і безумовне прийняття (акцепт), на умовах у ній викладених.

Цей Акцепт (включаючи Медичну Декларацію) є електронним повідомленням (документом) відповідно до Закону України «Про електронну комерцію»

Я, \_\_\_\_\_ П.І.Б. \_\_\_\_\_,

застосовуючи електронний підпис (одноразовий ідентифікатор) на цьому електронному документі засвідчую, що ознайомився(-лася) з усім текстом вищевказаної Пропозиції, повністю зрозумів(-ла) її зміст, не маю заперечень до її тексту і свідомо застосовував(-ла) електронний підпис (одноразовий ідентифікатор) у контексті, передбаченому вищевказаною Пропозицією, внаслідок чого між мною та вказаним Страховиком, у відповідності до Загальних умов стандартного страхового продукту «Твій бронезахист» (редакція-01), які розміщені на веб-сайті Страховика за посиланням: <https://taslife.com.ua/dokuments/zagalni-umovy-standartnogo-strahovogo-produktu-tvij-bronezahyst> (далі - Загальні умови), та Закону України «Про електронну комерцію», укладено електронний Договір страхування життя на умовах, запропонованих у вищевказаній Пропозиції та викладених нижче, а саме:

**ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ**  
**ЗА СТАНДАРТНИМ СТРАХОВИМ ПРОДУКТОМ**  
**«Твій бронезахист» № \_\_\_\_\_**

м. Київ

від «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Договір укладено за класом страхування 19 «Страхування життя (інше, ніж передбачено класами 20, 21, 22, 23)»

1. Страховик	<b>ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ТАС»</b> , що діє на підставі Ліцензії Національного банку України на здійснення діяльності із страхування за класами страхування 1,2,19,20,21,22,23. Дата внесення запису до Реєстру фінансових установ - 04.06.2024, в особі Директора ТОВ " ПОЛІС.ЮА " Дорошевського Дмитра Олеговича на підставі Договору доручення № ____ та Довіреності № _____	
	<b>Місцезнаходження та контактна інформація Страховика:</b> 01001, м. Київ, вулиця Руставелі Шота, 16 <b>адреса електронної пошти:</b> <a href="mailto:sktas@taslife.com.ua">sktas@taslife.com.ua</a> <b>контактний телефон: 044 537 37 40</b> Інформація про Страховика розміщена на веб-сайті Страховика за посиланням: <a href="https://taslife.com.ua/wp-content/uploads/2024/03/rozkrittia-nformats-fnansovoyu-ustanovoyu-redaktsiya-vd-27032024-r_web.pdf">https://taslife.com.ua/wp-content/uploads/2024/03/rozkrittia-nformats-fnansovoyu-ustanovoyu-redaktsiya-vd-27032024-r_web.pdf</a>	
	<b>Реквізити для сплати платежу:</b> UA31305299000026504006800349 в АТ КОМЕРЦІЙНИЙ БАНК «ПРИВАТБАНК», ЄДРПОУ 30929821.	
2. Страхувальник (є Застрахованою особою)	<b>П.І.Б.</b>	
	<b>Адреса:</b>	
	<b>Дата народження:</b>	
	<b>РНОКПП (ідентифікаційний номер)</b>	

	<b>Паспортні дані</b>		
	<b>Контактні дані (номер мобільного телефону., електронна адреса)</b>		
<b>3. Страховий посередник</b>	<p>ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "ПОЛІС.ЮА", ідентифікаційний код за ЄДРПОУ 41844667, місцезнаходження: 04119, м. Київ, Шевченківський район, вул. Деревлянська, буд.10-А та веб-сайт <a href="https://polis.ua/uk">https://polis.ua/uk</a></p> <p>Інформація про страхового посередника розміщена на веб-сайті Страховика за посиланням: <a href="https://taslife.com.ua/wp-content/uploads/2024/06/nformatsya-pro-partnera-tov-polsyua.pdf">https://taslife.com.ua/wp-content/uploads/2024/06/nformatsya-pro-partnera-tov-polsyua.pdf</a></p> <p>З питань клієнтського обслуговування, технічна підтримка: адреса електронної пошти <a href="mailto:admin@polis.ua">admin@polis.ua</a> та номер Контакт-центру: +38 044 585 25 77</p>		
<b>4. Предмет договору та об'єкт страхування</b>	Предметом Договору є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, на умовах визначених цим Договором. Об'єктом страхування є життя, здоров'я, працездатність Застрахованої особи.		
<b>5. Отримувач виплати</b>	За страховим ризиком, визначеним в п. 10.1. цього Акцепту, отримувачами виплати є спадкоємці Застрахованої особи, за іншими страховими випадками отримувачем є Застрахована особа, з якою настав страховий випадок.		
<b>6. Строк дії Договору</b>	з «___» _____ 20__ по «___» _____ 20__ року		
<b>7. Територія дії Договору</b>	Договір діє на території всіх країн світу, за виключенням територій та/або зон військових дій (незалежно від того, оголошена війна чи ні), та за виключенням територій України, де органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження.		
<b>8. Період очікування вступу в дію страхового покриття</b>	Період очікування страхового покриття за страховим випадком, визначеним п.10.2 та п.10.3 Договору, становить 3 (три) календарних дні з дати набрання чинності Договору.		
<b>9. Програма страхового продукту</b>			
<b>10. Перелік страхових ризиків:</b>	<b>11. Страхова сума, грн.</b>	<b>12. Страховий тариф</b>	<b>13. Страховий внесок, грн.</b>
<b>10.1. Втрата життя внаслідок НВ *</b>			
<b>10.2. Травматизм внаслідок НВ *</b>			
<b>10.3. Оплата періоду непрацездатності НВ *</b>			
<b>13.1. Загальний розмір {щомісячного/щорічного} страхового внеску, грн.</b>			
* Страховим випадком вважається смерть або інші наслідки нещасного випадку, що сталися із Застрахованою особою, яка знаходиться на дату настання страхового випадку в Україні на територіях, які офіційно не ввійшли до переліку територіальних громад, які розташовані в районі проведення воєнних (бойових) дій або які перебувають в тимчасовій окупації, оточенні (блокуванні), що визначені нормативно-правовими актами України, і страхова виплата здійснюється, якщо такий випадок стався прямо або опосередковано настав внаслідок воєнних дій, як оголошених, так і не оголошених, бойових дій, воєнного вторгнення, військових навчань, громадянської війни, громадських безладів, страйку, повстання, революції, терористичного акту, введення воєнного правління або захоплення державної влади.			
<b>14.Періодичність сплати страхових внесків</b>	{щомісячно/щорічно}		
<b>15. Строк сплати страхового внеску</b>	<b>15.1.Строк сплати першого страхового внеску</b>	____.____.20__	
	<b>15.2.Строк сплати чергового страхового внеску</b>	{Щомісячно/Щорічно} до ____ числа починаючи з другого {місяця/року} дії договору починаючи з дати його укладення	

<b>16. Порядок сплати страхового внеску</b>	Страховий платіж сплачується Страхувальником відповідно до періодичності, вказаної у п. 14 Договору, у національній валюті України, шляхом зарахування грошових коштів на банківський рахунок Страховика у строки згідно п. 15 цього Акцепту.
---	---

**17.** Цей Договір укладено і підписано у відповідності до вимог Закону України «Про електронну комерцію», шляхом направлення Страхувальнику Акцепту про прийняття вищевказаної Пропозиції та застосування електронного підпису одноразовим ідентифікатором. Договір страхування складається з Пропозиції та цього Акцепту (далі - Договір). Цей Акцепт є електронним документом, що підписується Страхувальником шляхом використання електронного підпису у вигляді одноразового ідентифікатора та уповноваженою особою Страховика шляхом використання кваліфікованого електронного підпису, який надсилається Страхувальнику Страховим посередником на засіб мобільного зв'язку Страхувальника. Використання зазначеного одноразового ідентифікатора здійснюється шляхом його введення Страхувальником в програмному комплексі (інформаційно-телекомунікаційній системі, програмному забезпеченні, на WEB-сайті тощо) Страхового посередника <https://polis.ua/uk>. Номер і дата цього Акцепту є номером і датою Договору страхування.

**18.** Всі інші істотні умови Договору страхування, викладені в Пропозиції, яка є невід'ємною частиною Договору. Відповідно до ч. 5 ст. 11 Закону України «Про електронну комерцію» Пропозиція оформлена окремим електронним документом, та розміщена на офіційній веб-сторінці Страховика за посиланням: <https://taslife.com.ua/dokuments/propozycziya-uklasty-dogovir-za-produktom-tvij-bronezahyst>

Інформація про стандартний страховий продукт розміщена на веб-сайті Страховика за посиланням: <https://taslife.com.ua/dokuments/informacijnyj-dokument-pro-standartnyj-strahovyj-produkt-tvij-bronezahyst> (далі - Інформація про страховий продукт).

**19.** При настанні випадку, Застрахована особа особисто чи через інших осіб, повинна повідомити на інформаційну лінію Страховика за телефоном 044 5373740, або на електронну адресу [sktas@taslife.com.ua](mailto:sktas@taslife.com.ua), або заповнити форму на сайті: <https://taslife.com.ua/strahova-podiya> наступну інформацію: номер Акцепту; прізвище та ім'я Застрахованої особи; детальний опис обставин випадку; контактний телефон.

**20.** Страховик зобов'язаний при надходженні заяви на здійснення страхової виплати від особи, яка відповідно до договору страхування має право на отримання страхової виплати, в строк не більше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня одержання всіх необхідних документів для здійснення страхової виплати, прийняти рішення про виплату або про відмову у страховій виплаті.

**21.** У разі наявності у Страховика обґрунтованих сумнівів в підставах для здійснення страхової виплати, він може відстрочити прийняття рішення про проведення страхової виплати або про відмову у страховій виплаті до отримання підтвердження або спростування цих підстав, але не більше ніж на 6 (шість) місяців, при цьому повідомивши Страхувальнику зазначені підстави протягом не більше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня одержання документів для здійснення страхової виплати.

**22.** У разі відмови у страховій виплаті, Страховик зобов'язаний повідомити Страхувальнику або особі, яка відповідно до Договору страхування має право на отримання страхової виплати, в письмовій (електронній) формі обґрунтовані причини відмови в термін не більше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня одержання всіх необхідних для здійснення страхової виплати документів.

**23.** Страхова виплата здійснюється протягом 5 (п'яти) робочих днів у розмірі, визначеному у п.6.3 цього Договору, з дня прийняття відповідного рішення, на підставі страхового акту, який складається Страховиком.

**24.** Страхова виплата здійснюється безготівковим шляхом особі (особам), яка відповідно до договору страхування має право на отримання страхової виплати.

**25.** Розмір страхової виплати або викупної суми може бути зменшеним унаслідок виникнення податкових зобов'язань вигодонабувача згідно чинного законодавства України. Порядок оподаткування страхових виплат та викупних сум розміщений на сайті Страховика за посиланням: <https://taslife.com.ua/qa-category/yak-opodatkovuyutsya-vyplaty>.

**26.** Шляхом укладення Договору страхування (приймаючи Пропозицію шляхом підписання цього Акцепту) Страхувальник підтверджує та визнає, що: до укладення Договору його було повідомлено про усю інформацію, передбачену частиною 2 статті 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії»; зазначена інформація є доступною на офіційному сайті Страховика [www.taslife.com.ua](http://www.taslife.com.ua) є правильною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком. Уся вищезазначена інформація та Договір страхування не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладення Договору страхування не нав'язане йому іншою особою; Договір страхування не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, примусу, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладення Договору страхування.

**27.** Шляхом укладення Договору страхування (приймаючи Пропозицію шляхом підписання цього Акцепту) Страхувальник підтверджує, що до укладення цього Договору йому була надана інформація про страховика, інформація про страхового посередника та інформація про стандартний страховий продукт. З усією

інформацією, в тому числі з Загальними умовами стандартного страхового продукту «Твій бронезахист» та з умовами Договору страхування він ознайомився та зрозумів.

**28.** Шляхом укладення Договору страхування (приймаючи Пропозицію шляхом підписання цього Акцепту) Страхувальник надає згоду відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» на збирання, збереження, обробку Страховиком своїх персональних даних, в тому числі тих, що стосуються здоров'я, та передачу їх третім особам, також надає свою згоду на передачу таких персональних даних іншим суб'єктам відносин, з метою виконання та супроводження Договору страхування (додаткового повідомлення про таку передачу не вимагається). Страхувальник посвідчує, 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 та супроводження Договору страхування. Зі своїми правами, як суб'єкта персональних даних, відповідно ст. 8 Закону України «Про захист персональних даних» ознайомлені та проінформовані про покладені на Страховика зобов'язання щодо обробки персональних даних для цілей запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення.

**29.** Шляхом укладення Договору страхування (приймаючи Пропозицію шляхом підписання цього Акцепту) Страхувальник надає Страховику право та свою згоду звертатися та отримувати будь-яку інформацію про себе (в тому числі конфіденційну, з обмеженим доступом) від будь-якого лікаря, лікарні, поліклініки та іншого медичного закладу або організації, або будь-якої особи, що володіє інформацією про нього, включаючи копії будь-яких документів (включаючи документи із зазначенням захворювань та/або нещасних випадків, пройденого Страхувальником/Застрахованою особою лікування, обстеження, консультацій або госпіталізації, також як і про його професійне зайняття і місце роботи). Також, шляхом укладення Договору страхування (приймаючи Пропозицію шляхом підписання цього Акцепту), Страхувальник надає свою згоду та уповноважує будь-якого лікаря, лікарню, поліклініку та інші медичні заклади або організації, та будь-яку іншу фізичну та юридичну особу, що володіє інформацією про нього, на розкриття Страховику щодо нього конфіденційної інформації, інформації з обмеженим доступом, та знімає з осіб, що розкрили таку інформацію щодо нього, відповідальність за збереження конфіденційної інформації (в тому числі відповідальність за збереження лікарської таємниці).

**30.** Я, Страхувальник, підтверджую і гарантую, що вся інформація, надана в цьому Акцепті, є правдивою, достовірною та вичерпною, і я розумію, що ця інформація може мати вирішальне значення при укладанні Договору страхування. Неповна і неправдива інформація може привести до не укладання або припинення дії Договору страхування.

**31.** Інформація наведена у договорі страхування відноситься до таємниці страхування відповідно до Закону України «Про страхування». Таємниця страхування захищається від передавання третім особам та не підлягає розголошенню, крім випадків, передбачених законом та/або за згодою особи, якої стосується така інформація. Особа винувата за розголошення таємниці страхування несе відповідальність передбачену чинним законодавством України.

**32.** Я, Страхувальник, застосовуючи електронний підпис одноразовим ідентифікатором на цьому електронному документі засвідчую, що ознайомився (-лася) з усім текстом вищевказаної Пропозиції (включаючи умови Договору страхування життя, що пропонується до укладання, які наведені нижче і з якими я погоджуюсь), повністю зрозумів (-ла) її зміст, не маю заперечень до її тексту і свідомо застосовував (-ла) електронний підпис одноразовим ідентифікатором у контексті, передбаченому вищевказаною Пропозицією та приймаю на себе права та обов'язки сторони (страхувальника) за Договором страхування життя на умовах, викладених у вищевказаній Пропозиції та безпосередньо у Договорі страхування життя.

**33.** Своім підписом Страхувальник підтверджує, що розуміє значення своїх дій, діє добровільно та надає згоду на використання відкритих мережевих сервісів (мобільного застосунку, веб сервісу, програмного забезпечення) для електронної взаємодії із Страховиком.

**34.** Страховий продукт за яким укладено цей Договір не є додатковим до інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими.

**35.** Сторони зобов'язані протягом 30 (тридцяти) календарних днів повідомляти одна одну про зміну найменування, адреси, банківських реквізитів, про інші зміни, що можуть вплинути на виконання Сторонами обов'язків відповідно до умов договору страхування.

**36.** Порядок реєстрації, розгляду та опрацювання звернень до ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ТАС» громадян, юридичних осіб, органів державної влади України та місцевого самоврядування, розміщений на сайті Страховика за посиланням: [https://taslife.com.ua/important\\_info/zahystspozuvachiv](https://taslife.com.ua/important_info/zahystspozuvachiv). Також Страхувальник має право подати звернення на сторінці офіційного Інтернет представництва Національного банку України у розділі «Захист прав споживачів» за посиланням: <https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection> або у розділі «Звернення громадян» за посиланням: <https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection/citizens-appeals>

**37. ДЕКЛАРАЦІЯ СТРАХУВАЛЬНИКА/ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ.**

Підписуючи цей Акцепт, я підтверджую і гарантую, що: не є інвалідом I, II, III групи, а також не існує передумов для отримання групи інвалідності, не є онкологічно хворим, хворим на тяжкі форми захворювань серцево-судинної системи (вроджені вади серця, стенокардія, інфаркт міокарда, аортокоронарне шунтування, інсульт тощо), хворим на СНІД або пов'язані зі СНІДом хвороби, а також не знаходжусь на обліку в наркологічних, туберкульозних, психоневрологічних, шкірно-венерологічних диспансерах, центрах профілактики та боротьби зі СНІДом.

Я, Страхувальник, підтверджую і гарантую, що вся інформація, надана в цьому Акцепті є правдивою, достовірною та вичерпною, і я розумію, що ця інформація може мати вирішальне значення при укладанні Договору страхування. Неповна і неправдива інформація може привести до не укладання або припинення дії Договору страхування. У разі, якщо з будь-якої причини виявиться, що дані зазначені в Декларації Страхувальника/Застрахованої особи не відповідають дійсним, то при настанні страхового випадку, Страховиком буде відмовлено у страховій виплаті.

### 38. ПІДПИСИ СТОРІН

#### ПІДПИС СТРАХУВАЛЬНИКА

З умовами Пропозиції ознайомлений та згодний Бути Застрахованою особою згодний (-на)	_____
ПІБ Адреса: Дата народження:	Підписано шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором

#### ПІДПИС СТРАХОВИКА

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ТАС», від імені якого діє ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПІДАЛЬНІСТЮ «ПОЛІС.ЮА» на підставі Договору доручення _____ від «_____» _____ 20__ р. в особі _____, що діє на підставі _____	_____
	Підписано з використанням кваліфікованого електронного підпису