

за договором № _____ від «___» _____ 20__р.

[illegible]

1. Прошу відшкодувати самостійно витрачені кошти за надану медичну допомогу в розмірігривень копійок
(.....)
(сума прописом)

2. ПІБ Застрахованої особи:

3. Причина та обставини події (в довільній формі описати випадок, місце та дату настання події, що має ознаки страхового випадку, зазначити: у разі хвороби - симптоми хвороби, коли виникли, куди звертались; у разі нещасного випадку - причину, деталі настання. Якщо було звернення в Асистуючу компанію, то зазначити чому оплатили послуги самостійно):

4. Назва медичної установи, якою були надані послуги (медична допомога, обстеження, медикаменти та ін.):

5. Діагноз, встановлений медичною установою:

6. Яка допомога була надана? (необхідне позначити ☒)

☐ Медичні витрати ☐ Нещасний випадок ☐ Інша
коротко зазначити зріст допомоги

7. 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/finansovyi-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» ознайомена (-ий); підтверджую, що проінформована (-ий) про покладені на Страховика зобов'язання щодо обробки персональних даних для цілей ЗАКОНУ.

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

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

Назва банку МФО

IBAN Картковий рахунок

☐ Перерахувати через платіжну систему «Nova Pay» без відкриття рахунку від ТОВ «Нова Пей»

* Вартість такої послуги буде складати 1,5% від суми, належної до отримання, але не менше 10,00 грн.

10. Перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та витрати, додаю (необхідне позначити та дописати):

1	Копія паспорта (або іншого документа, що посвідчує особу) Вигодонабувача та/або представника Вигодонабувача (у випадку коли Вигодонабувачем є неповнолітня особа до 18-ти років та виплату отримує його законний представник (один з батьків, опікун і т.ін.)). Копія документу має бути засвідчена особистим підписом із зазначенням ПІБ, дати та напису «Згідно з оригіналом». У випадку подання ID-картки обов'язково додається засвідчена належним чином копія Довідки про реєстрацію місця проживання	☐
2	Копія картки платника подарків (РНОКПП) Вигодонабувача та/або представника Вигодонабувача (у випадку коли Вигодонабувачем є неповнолітня особа до 18-ти років та виплату отримує його законний представник (один з батьків, опікун і т.ін.)). У разі відсутності РНОКПП - копія паспорта або іншого документу із відповідною відміткою про відмову від РНОКПП. Копія документу має бути засвідчена особистим підписом із зазначенням ПІБ, дати та напису «Згідно з оригіналом»	☐
3	Копія свідоцтва про народження Вигодонабувача (у випадку коли Вигодонабувачем є неповнолітня особа до 18-ти років та виплату отримує його законний представник (один з батьків, опікун і т.ін.)), засвідчена особистим підписом одного з батьків/законних представників із зазначенням ПІБ, дати та напису «Згідно з оригіналом»	☐
4	Копія договору страхування	☐
5	Довідка з лікувально-профілактичної установи з зазначенням реєстраційного номера, дати видачі, назви та адреси лікувально-профілактичної установи, підписом лікаря, що надав медичну допомогу, підписом керівника медичного закладу/підрозділу, в якому було надано медичну допомогу та печаткою лікувально-профілактичного закладу. Довідка має містити у собі детальну інформацію, щодо повного клінічного діагнозу характеру, локалізації, розмірів та давності виникнення ушкоджень. У випадку подання копії медичних документів, вони мають бути засвідчені в установленому законодавством порядку установою, що їх видала, або нотаріально	☐ оригінал ☐ засвідчена копія
6	Копія закордонного паспорта з відміткою про останній перетин кордону. Копія документу має бути засвідчена особистим підписом із зазначенням ПІБ, дати та напису «Згідно з оригіналом»	☐
7	Оригінали деталізованих рахунків за отриману медичну допомогу	☐
8	Оригінали рецептів з печаткою, де розбірливо вказано прізвище лікаря, назва призначених ліків	☐
9	Оригінали касових чеків за придбані ліки	☐
10	Оригінал квитанції про оплату наданої допомоги, де вказані прізвище пацієнта, його діагноз, інформація про окремі лікувальні процедури та дати їх проведення.	☐
11	Довідка про банківські реквізити одержувача страхової виплати	☐
12	Інші документи (за необхідності), а саме:	☐

Своїм підписом Заявник підтверджує, що:

В 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 надані або при укладенні договору страхування, або при письмовому зверненні, або при усному зверненні за умови проходження ідентифікації такої особи;

Відає згоду та уповноважує працівників страхової компанії АТ «СК» «ТАС» (приватне) на отримання будь-якої інформації, що стосується зазначеної у цій заяві події, що має ознаки страхового випадку, в будь-яких підприємствах, установах, організаціях, в т.ч. але не виключно поліклініках, лікарнях та інших закладах охорони здоров'я, будь-яких лікарів, спеціалістів

.....

Зверніть увагу!

У разі надання копій або не належним чином оформленої медичної документації страхова виплата буде здійснена з утриманням податку та військового збору відповідно до вимог законодавства.

Оподаткування страхових виплат відбувається згідно законодавства України, яке діє на момент здійснення виплати. Детальніше з оподаткуванням страхових виплат можна ознайомитися на нашому сайті в розділі «Центр допомоги», підрозділ «Як оподатковуються мої виплати?» та за посиланням: <https://taslife.com.ua/qa-category/yak-opodatkovuyutsya-vyplyaty>.