

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	☐ Страхувальник ☐ Застрахована особа/Законний представник ПІБ: Документ, що посвідчує особу: (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:
---	--

Прошу внести зміни*, що викладені мною нижче, до вищезазначеного Договору страхування (далі - Договір):

* зміни набирають чинності в 23:59:59 «.....» 20 року

☐ Я, Страхувальник, підтверджую, що мої ідентифікаційні дані (паспортні дані, адреса місця проживання) та/або паспорт не змінилися

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

☒ Встановити такі зміни щодо страхової виплати, переліку страхових випадків та строку дії Договору:

Перелік страхових випадків (ризиків)	- Дожиття Застрахованої особи до закінчення періоду між початком дії Договору і початком страхових виплат (ануїтетів) (далі - Дожиття); - Смерть Застрахованої особи в період між початком дії Договору і початком страхових виплат (ануїтетів) (далі - Смерть).
Вид (форма) страхової виплати за ризиком	Фіксований ануїтет - регулярні та послідовні страхові виплати (ануїтети)
Строк дії Договору	з «.....» 20 р. до повного виконання зобов'язань Страховиком
Розмір страхової виплати (ануїтетів)	 у валюті страхування, передбаченої Договором
Страховий тариф	 (для розрахунку страхового тарифу використовується ставка гарантованого інвестиційного доходу 0% річних)
Дата початку страхових виплат (ануїтетів)	«.....» 20 р.
Періодичність отримання страхової виплати (ануїтетів)	

☒ За страховим випадком «Дожиття» змінити Вигодонабувача:

Особиста та контактна інформація

ПІБ: Громадянство: ☐ України ☐ інше

Ідентифікаційний номер: Дата народження: / /
(РНОКПП)

Мобільний телефон: +38 ()
e-mail:

Адреса місця проживання
індекс, область, район, населений пункт, вулиця, будинок, корпус, квартира

Частка виплати: ☒ 100% Черговість : ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 Відношення до Застрахованої особи:

Документи НОВОГО Вигодонабувача, що **ОБОВ'ЯЗКОВО** додаються до заяви

☐ Копія документу, що посвідчує особу (всі заповнені сторінки) ☐ Копія картки платника податків (РНОКПП)
☐ Інше (зазначити що саме)

Порядок та умови здійснення страхових виплат:

Страхова виплата здійснюється за страховим випадком «Дожиття» - Вигодонабувачу, визначеному умовами Договору, у вигляді регулярних та послідовних страхових виплат (ануїтетів), у розмірі, зазначеному в цій Заяві. Страхові виплати (ануїтети) здійснюються до моменту, коли сформований резерв по такому Договору дорівнюватиме нулю. Щорічно за результатами нарахування бонусів загальна сума всіх страхових виплат (ануїтетів) збільшується, при цьому розмір ануїтету залишається незмінним, а збільшується строк їх виплат до повного виконання зобов'язань Страховиком. У разі, якщо фактично сформований резерв зменшився до розміру, меншого ніж вказаний розмір ануїтету, то така виплата ануїтету є останньою і здійснюється у розмірі фактично сформованого резерву, після чого зобов'язання Страховика вважаються виконаними, а Договір припиняє дію. У разі смерті Застрахованої особи в період здійснення страхових виплат (ануїтетів), Страхувальнику (у разі його смерті - спадкоємцям Страхувальника) здійснюється одноразова страхова виплата у розмірі, що дорівнює сумі невиконаних ануїтетів з урахуванням бонусів (додаткового інвестиційного доходу), після чого Договір припиняє свою дію.

У разі смерті Застрахованої особи до дати початку страхових виплат (ануїтетів) Страхувальнику (у разі його смерті - спадкоємцям Страхувальника) здійснюється страхова виплата за страховим випадком «Смерть» у розмірі сплачених внесків за Договором, з урахуванням нарахованих бонусів (додаткового інвестиційного доходу), після чого зобов'язання Страховика вважаються виконаними та Договір припиняє свою дію.

Опитувальник Страхувальника
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), 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/finansoviy-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.

Своїм підписом Страхувальник підтверджує, що:

☒ Вигодонабувачі та/або Застраховані особи за вказаним договором страхування повідомлені ним про те, що на їх користь укладено такий договір і їхні персональні дані обробляються для укладення та виконання цього договору. Також Страхувальник підтверджує, що суб'єкти персональних даних (Вигодонабувачі та/або Застраховані особи) повідомлені ним про володільця персональних даних, склад та зміст зібраних персональних даних, їхні права, визначені Законом України «Про захист персональних даних», мету збору та осіб, яким передаються їх персональні дані;

☒ 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.

Страхувальник	Застрахована особа (батьки / піклувальники / опікуни Застрахованої особи, якщо Застрахована особа неповнолітня):
☒ З запропонованими змінами погоджуюсь «.....» 20.....р. (Дата заповнення) / (ПІБ та підпис)	☒ З запропонованими змінами погоджуюсь «.....» 20.....р. (Дата заповнення) / (ПІБ та підпис)

Зверніть увагу!

У випадку оформлення цієї Заяви у паперовій формі та направлення її службами поштового зв'язку, справжність власноручного підпису поточного Страхувальника, у випадку зміни Вигодонабувача на іншу особу ніж Страхувальник, засвідчується нотаріально