

за договором _____ від «__» _____ 20__ р.
номер договору дата договору

Заявник - отримувач виплати:

☐ Вигодонабувач ☐ представник Вигодонабувача (батьки/опікуни/законний представник) ☐ Спадкоємець

ПІБ: _____

Документ, що посвідчує особу:
(серія, номер, дата видачі, ким видано) _____

Ідентифікаційний номер:
(РНОКПП)

Номер телефону (мобільний): +38 ()
Місце народження: _____ країна

e-mail: _____ населений пункт

Адреса місця проживання:
(тимчасового перебування в Україні для нерезидентів) _____ / _____
індекс область населений пункт вулиця район будинок, корпус, квартира

Відомості про Застраховану особу:

ПІБ: _____

☐ Співпадають з даними Вигодонабувач

Страховий випадок, що відбувся:

☐ Смерть (Втрата життя) ☐ Травматичне ушкодження ☐ Госпіталізація

Дата випадку : / / Опис обставин настання випадку _____

Опитувальник Заявника

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:

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/finansovij-monitoring)

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.

Перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та витрати, додаю (необхідне позначити та дописати):		
1	Копія паспорта / ID картки та Довідки про реєстрацію місця проживання Застрахованої особи (далі – ЗО) та/або представника ЗО (у випадку, коли ЗО є неповнолітня особа до 18-ти років та виплату отримує її законний представник (один з батьків, опікун і т.ін.)). Кожен аркуш (розворот) наданого документу завіряється власноручним надписом «З оригіналом вірно», ПІБ, датою та підписом	☐
2	Копія реєстраційного номеру облікової картки платника податків (РНОКПП) ЗО та/або представника ЗО (у випадку, коли ЗО є неповнолітня особа до 18-ти років та виплату отримує її законний представник (один з батьків, опікун і т.ін.)). У разі відсутності - копія паспорта із відповідною відміткою про відмову від РНОКПП. Копія завіряється власноручним надписом «З оригіналом вірно», ПІБ датою та підписом	☐
3	Копія свідоцтва про народження ЗО (якщо ЗО неповнолітня особа до 18-ти років та виплату отримує її законний представник (один з батьків, опікун і т.ін.)), Копія завіряється одним з батьків/законних представників власноручним написом «З оригіналом вірно», ПІБ, датою та підписом	☐
4	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.	☐ оригінал ☐ засвідчена копія
5	Банківські реквізити одержувача страхової виплати	☐

Спосіб отримання страхової виплати Вигодонабувачем або його представником (потрібне відмітити ☒)

☐ 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.

Своїм підписом Заявник підтверджує, що:

- ✓ 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;
- ✓ надає 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

.....		
Дата заповнення	Підпис	ПІБ

Зверніть увагу!

- Оподаткування страхових виплат відбувається згідно чинного законодавства України на момент здійснення страхової виплати. Детальніше з оподаткування страхових виплат можна ознайомитись на нашому сайті в розділі Центр допомоги «Як оподатковуються мої виплати?» за посиланням <https://taslife.com.ua/qa-category/yak-opodatkovuyutsya-vyplaty>.
- У випадку якщо виплату отримує представник Вигодонабувача (батьки; опікун; законний представник; особа, визначна за довіреністю), то Страховику надається два пакети завірених ідентифікаційних документів: від Вигодонабувача та Одержувача виплати, а також, додатково надається заповнений Опитувальник від імені Вигодонабувача (для осіб старше 14-ти років) за підписом представника Вигодонабувача;
- Якщо заява подається Спадкоємцем, то до заяви обов'язково додаються копії ідентифікаційних документів Спадкоємця та оригінали (або засвідчені відповідно до вимог законодавства копії) документів про право на спадщину.