

№ _____ Від « _____ » _____ 20 ____ р.
номер договору дата договору
(для Договорів , укладених до 30.06.2024)

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 ПІБ: Документ, що посвідчує особу: (серія, номер, дата видачі, ким видано) Ідентифікаційний номер: 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.

Перелік запропонованих змін до Договору страхування (потрібне відмітити ☒):

☐ Збільшення строку дії: з років на років. (Строк дії договору може продовжуватись до максимального строку дії договору, передбаченого відповідною програмою страхування, за умови дотримання визначених вікових обмежень)

☐ Зміна періодичності сплати страхових внесків:
з ☐ щорічної ☐ піврічної ☐ щоквартальної на ☐ щорічну ☐ піврічну ☐ щоквартальну

☐ Зміна пакету страхування:
з

☐ «ОНКО»	☐ «ОНКОСВІТ»	на	☐ «ОНКО»	☐ «ОНКОСВІТ»
☐ «КАРДІО»	☐ «КАРДІОСВІТ»		☐ «КАРДІО»	☐ «КАРДІОСВІТ»
☐ «НЕЙРО»	☐ «НЕЙРОСВІТ»		☐ «НЕЙРО»	☐ «НЕЙРОСВІТ»
☐ «НА МАКСИМУМІ»	☐ «НА МАКСИМУМІ VIP»		☐ «НА МАКСИМУМІ»	☐ «НА МАКСИМУМІ VIP»

☐ Зміна переліку критичних захворювань та/або станів, що потребують лікування на:
Пакет «ОНКО/ОНКОСВІТ»
☐ Рак (злоякісне новоутворення), Туберкульоз, Гепатит С, Пересадка шкіри внаслідок опіків, Офтальмологія
Пакет «КАРДІО/КАРДІОСВІТ»
☐ Рак (злоякісне новоутворення), Кардіохірургія, Туберкульоз, Гепатит С, Пересадка шкіри внаслідок опіків, Офтальмологія

☐ Зміна в переліку Застрахованих осіб: (Додати або Виключити можливо лише особу, яка є другою Застрахованою особою за Договором страхування)
☐ Виключити Застраховану особу
☐ Додати Застраховану особу

ПІБ:	Стать: ☐ чол. ☐ жін.	Громадянство: ☐ України ☐ інше
Документ, що посвідчує особу: серія, номер, дата видачі, ким виданий	Дата народження: / /	
Ідентифікаційний номер (РНОКПП):	Галузь роботи:	
Посада:	Посадові обов'язки:	
Контактний номер телефону (мобільний): +38 ()	e-mail:	
Адреса місця проживання (тимчасового перебування в Україні для нерезидентів) індекс, область, район, населений пункт, вулиця, будинок, корпус, квартира		

ТЕРИТОРІЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ З ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ: УКРАЇНА (за винятком територій на яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, тимчасово окупованих територій, визначених відповідно до чинного законодавства України.)

СТРАХОВА СУМА ДЛЯ КОЖНОЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ, євро				
ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ (РИЗИКІВ)				
	“ОНКО”	“КАРДІО”	“НЕЙРО”	“НА МАКСИМУМІ”
Втрата життя	1,00	1,00	1,00	1,00
Настання критичного захворювання та/або стану, що потребує лікування (перелік захворювань визначено в Умовах програми страхування життя «ТАС-Лікар» в залежності від обраного пакету страхування)	100 000,00	150 000,00	200 000,00	250 000,00
Хірургічне втручання (при ургентних станах, що описані в Умовах програми страхування життя «ТАС - Лікар» в залежності від обраного переліку хвороб)	-	3 000,00	3 000,00	3 000,00
Додаткова опція «Міжнародна медична консультація»	☒	☒	☒	☒

	РОЗМІР СТРАХОВИХ ВНЕСКІВ, євро для <u>ОДНІЄЇ</u> ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ:			
	“ОНКО”	“КАРДІО”	“НЕЙРО”	“НА МАКСИМУМІ”
Щорічний	105	225	275	404
Піврічний	63	133	153	222
Щоквартальний	37	72	82	131

РОЗМІР СТРАХОВИХ ВНЕСКІВ, євро РАЗОМ ІЗ СТРАХОВИМ ПОКРИТТЯМ СТАНІВ: Туберкульоз, Гепатит С, Пересадка Шкіри Внаслідок Опіків, Офтальмологія			
“ОНКО”	“КАРДІО”	“НЕЙРО”	“НА МАКСИМУМІ”
254	364	-	-
142	202	-	-
81	111	-	-

	РОЗМІР СТРАХОВИХ ВНЕСКІВ, євро для <u>ДРУГОЇ</u> ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ:			
	“ОНКО”	“КАРДІО”	“НЕЙРО”	“НА МАКСИМУМІ”
Щорічний	95	205	250	384
Піврічний	57	115	141	202
Щоквартальний	30	66	74	111

РОЗМІР СТРАХОВИХ ВНЕСКІВ, євро РАЗОМ ІЗ СТРАХОВИМ ПОКРИТТЯМ СТАНІВ: Туберкульоз, Гепатит С, Пересадка Шкіри Внаслідок Опіків, Офтальмологія			
“ОНКО”	“КАРДІО”	“НЕЙРО”	“НА МАКСИМУМІ”
224	344	-	-
122	182	-	-
71	101	-	-

ТЕРИТОРІЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ З ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ: УВЕСЬ СВІТ

(за винятком США, Канади та Швейцарії. За погодженням та бажанням Застрахованої особи лікування може проводитись в Україні)

СТРАХОВА СУМА ДЛЯ КОЖНОЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ, євро Пакет страхування:				
ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ (РИЗИКІВ)	“ОНКОСВІТ”	“КАРДІОСВІТ”	“НЕЙРОСВІТ”	“НА МАКСИМУМІ VIP”
Втрата життя	1,00	1,00	1,00	1,00
Настання критичного захворювання та/або стану, що потребує лікування (перелік захворювань визначено в Умовах програми страхування життя «ТАС-Лікар» в залежності від обраного пакету страхування)	250 000,00	250 000,00	250 000,00	250 000,00
Хірургічне втручання (при ургентних станах, що описані в Умовах програми страхування життя «ТАС - Лікар» в залежності від обраного переліку хвороб)	-	3 000,00	3 000,00	3 000,00
Додаткова опція «Міжнародна медична консультація»	✓	✓	✓	✓

	РОЗМІР СТРАХОВИХ ВНЕСКІВ, євро для <u>ОДНІЄЇ</u> ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ <u>ВІД 0 ДО 17 РОКІВ</u> <u>ВКЛЮЧНО:</u>			
	“ОНКОСВІТ”	“КАРДІОСВІТ”	“НЕЙРОСВІТ”	“НА МАКСИМУМІ VIP”
Щорічний	60	90	130	180
Піврічний	33	53	73	103
Щоквартальний	17	27	37	52

РОЗМІР СТРАХОВИХ ВНЕСКІВ, євро РАЗОМ ІЗ СТРАХОВИМ ПОКРИТТЯМ СТАНІВ: Туберкульоз, Гепатит С, Пересадка Шкіри Внаслідок Опіків, Офтальмологія			
“ОНКОСВІТ”	“КАРДІОСВІТ”	“НЕЙРОСВІТ”	“НА МАКСИМУМІ VIP”
105	155	-	-
63	93	-	-
32	42	-	-

	РОЗМІР СТРАХОВИХ ВНЕСКІВ, євро для <u>ДРУГОЇ</u> ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ <u>ВІД 0 ДО 17 РОКІВ</u> <u>ВКЛЮЧНО:</u>			
	“ОНКОСВІТ”	“КАРДІОСВІТ”	“НЕЙРОСВІТ”	“НА МАКСИМУМІ VIP”
Щорічний	55	83	120	170
Піврічний	30	48	65	93
Щоквартальний	15	24	34	47

РОЗМІР СТРАХОВИХ ВНЕСКІВ, євро РАЗОМ ІЗ СТРАХОВИМ ПОКРИТТЯМ СТАНІВ: Туберкульоз, Гепатит С, Пересадка Шкіри Внаслідок Опіків, Офтальмологія			
“ОНКОСВІТ”	“КАРДІОСВІТ”	“НЕЙРОСВІТ”	“НА МАКСИМУМІ VIP”
95	140	-	-
57	85	-	-
28	38	-	-

	РОЗМІР СТРАХОВИХ ВНЕСКІВ, євро для <u>ОДНІЄЇ</u> ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ <u>ВІД 18 ДО 64 РОКІВ</u> <u>ВКЛЮЧНО:</u>			
	“ОНКОСВІТ”	“КАРДІОСВІТ”	“НЕЙРОСВІТ”	“НА МАКСИМУМІ VIP”
Щорічний	280	380	480	680
Піврічний	153	203	253	353
Щоквартальний	77	102	127	177

РОЗМІР СТРАХОВИХ ВНЕСКІВ, євро РАЗОМ ІЗ СТРАХОВИМ ПОКРИТТЯМ СТАНІВ: Туберкульоз, Гепатит С, Пересадка Шкіри Внаслідок Опіків, Офтальмологія			
“ОНКОСВІТ”	“КАРДІОСВІТ”	“НЕЙРОСВІТ”	“НА МАКСИМУМІ VIP”
480	580	-	-
253	303	-	-
127	152	-	-

	РОЗМІР СТРАХОВИХ ВНЕСКІВ, євро для <u>ДРУГОЇ</u> ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ <u>ВІД 18 ДО 64 РОКІВ</u> <u>ВКЛЮЧНО:</u>			
	“ОНКОСВІТ”	“КАРДІОСВІТ”	“НЕЙРОСВІТ”	“НА МАКСИМУМІ VIP”
Щорічний	250	345	430	615
Піврічний	138	183	228	318
Щоквартальний	67	92	112	162

РОЗМІР СТРАХОВИХ ВНЕСКІВ, євро РАЗОМ ІЗ СТРАХОВИМ ПОКРИТТЯМ СТАНІВ: Туберкульоз, Гепатит С, Пересадка Шкіри Внаслідок Опіків, Офтальмологія			
“ОНКОСВІТ”	“КАРДІОСВІТ”	“НЕЙРОСВІТ”	“НА МАКСИМУМІ VIP”
430	525	-	-
228	273	-	-
112	137	-	-

До цієї заяви обов'язково додається Медична анкета про стан здоров'я Застрахованої особи у наступних випадках:

- при зміні пакету страхування, який має більш широке страхове покриття
- при зміні переліку критичних захворювань та/або станів, що потребують лікування (збільшення обсягу страхового покриття) у пакетах «ОНКО/ОНКОСВІТ» та «КАРІДО/КАРДІОСВІТ»
- при додаванні Застрахованої особи

Додатково при додаванні Застрахованої особи разом з цією заявою надаються наступні документи нової Застрахованої особи:

- ☒ Копія паспорта / ID картки та Довідки про реєстрацію місця проживання або копія свідоцтва про народження (у випадку якщо новий Вигодонабувач є неповнолітньою особою до 18-ти років)
- ☐ Копія реєстраційного номеру облікової картки платника податків (РНОКПП) – за наявності

Страховальник підтверджує, що:

☒ йому відомо, що при зміні пакету страхування та зміні переліку критичних захворювань та/або станів, страхове покриття за критичними захворюваннями (станами), що не були передбачені програмою страхування «ТАС-Лікар» за попереднім пакетом страхування, вступає в дію тільки після закінчення періоду очікування - 90 (дев'яносто) днів з дати внесення змін до Договору страхування за такими критичними захворюваннями (станами) як «Рак (злоякісне новоутворення)», «Кардіохірургія», «Нейрохірургія», «Реабілітація», «Туберкульоз», «Гепатит С», «Пересадка шкіри внаслідок опіків», «Офтальмологія» та 180 (сто вісімдесят) днів з дати внесення змін до Договору страхування за таким критичним захворюванням (станом) як «Трансплантація життєво важливих органів».

☒ йому відомо, що для нової Застрахованої особи за Договором страхування страхове покриття за критичними захворюваннями (станами), що передбачені пакетом страхування для такої Застрахованої особи вступає в дію тільки після закінчення періоду очікування - 90 (дев'яносто) днів з дати внесення змін до Договору страхування за такими критичними захворюваннями (станами) як «Рак (злоякісне новоутворення)», «Кардіохірургія», «Нейрохірургія», «Реабілітація», «Туберкульоз», «Гепатит С», «Пересадка шкіри внаслідок опіків», «Офтальмологія», а також за страховим випадком «Хірургічне втручання», та 180 (сто вісімдесят) днів з дати внесення змін до Договору страхування за таким критичним захворюванням (станом) як «Трансплантація життєво важливих органів».

☒ Вигодонабувачі та/або Застраховані особи за цим Договором ним повідомлені про те, що на їх користь укладено Договір і їхні персональні дані обробляються для укладання та виконання цього Договору. Також Страховальник 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 персональних даних та осіб, яким передаються його персональні дані.

☒ розуміє значення своїх дій, діє добровільно та надає згоду на використання відкритих мережесервісів (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 Страховальника 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.

☐ Я, Страховальник, 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

Опитувальник Страховальника
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-monitoring)
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.

Страховальник	Застрахована особа
«.....» 20.....р. (Дата заповнення)	«3 запропонованими змінами погоджуюсь» .Цей підпис також засвідчує згоду на страхування неповнолітніх Застрахованих осіб, щодо яких Я є законним представником.
..... / (ПІБ та підпис)	«.....» 20.....р. (Дата заповнення)
	 / (ПІБ та підпис)