

Страховик	Страхувальник
АТ «СК «ТАС» (ПРИВАТНЕ)	ПІБ:
ЄДРПОУ: 30929821	Документ, що посвідчує особу: (серія, номер, дата видачі, ким видано)
Адреса: 01001, Україна, м. Київ,	Ідентифікаційний номер: (РНОКПП)
вул. Руставелі Шота, будинок 16	Адреса місця проживання (тимчасового перебування в Україні для нерезидентів) індекс область / район
E-mail: sktas@taslife.com.ua	населений пункт / вулиця будинок, корпус, квартира
Web-сайт: www.taslife.com.ua	Контактний телефон: +38 () e-mail:
Гаряча лінія: 044 537 37 40	

Прошу внести зміни, що викладені мною нижче, до вищезазначеного Договору страхування.

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

☐ Збільшення строку дії: з років нароків. (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 МЕДИЧНИХ ТА ІНШИХ ПОСЛУГ З ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ: УКРАЇНА
(за виключенням територій України, де органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження)

СТРАХОВА СУМА ДЛЯ КОЖНОЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ, євро				
ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ (РИЗИКІВ)				
	“ОНКО”	“КАРДІО”	“НЕЙРО”	“НА МАКСИМУМІ”
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:					РОЗМІР СТРАХОВИХ ВНЕСКІВ, євро РАЗОМ ІЗ СТРАХОВИМ ПОКРИТТЯМ СТАНІВ: Туберкульоз, Гепатит С, Пересадка Шкіри Внаслідок Опіків, Офтальмологія				
	“ОНКО”	“КАРДІО”	“НЕЙРО”	“НА МАКСИМУМІ”		“ОНКО”	“КАРДІО”	“НЕЙРО”	“НА МАКСИМУМІ”
Щорічний	105 / 165 *	225	275	404		254 / 315 *	364	-	-
Піврічний	63 / 90 *	133	153	222		142 / 170 *	202	-	-
Щоквартальний	37 / 50 *	72	82	131		81 / 95 *	111	-	-

РОЗМІР СТРАХОВИХ ВНЕСКІВ, євро для <u>ДРУГОЇ</u> ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ:					РОЗМІР СТРАХОВИХ ВНЕСКІВ, євро РАЗОМ ІЗ СТРАХОВИМ ПОКРИТТЯМ СТАНІВ: Туберкульоз, Гепатит С, Пересадка Шкіри Внаслідок Опіків, Офтальмологія				
	“ОНКО”	“КАРДІО”	“НЕЙРО”	“НА МАКСИМУМІ”		“ОНКО”	“КАРДІО”	“НЕЙРО”	“НА МАКСИМУМІ”
Щорічний	95 / 150 *	205	250	384		224 / 280 *	344	-	-
Піврічний	57 / 80 *	115	141	202		122 / 145 *	182	-	-
Щоквартальний	30 / 45 *	66	74	111		71 / 90 *	101	-	-

* Розмір внеску для договорів укладених до 08.06.2025 / з 09.06.2025

ТЕРИТОРІЯ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ТА ІНШИХ ПОСЛУГ З ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ: УВЕСЬ СВІТ

(за винятком території США, Канади та Швейцарії. За погодженням із Застрахованою особою або за необхідності виходячи із стану Застрахованої особи територією надання медичних та інших послуг з діагностики та лікування, крім «Трансплантації життєво важливих органів», може бути Україна)

СТРАХОВА СУМА ДЛЯ КОЖНОЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ, євро				
ПАКЕТ СТРАХУВАННЯ:				
ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ (РИЗИКІВ)	“ОНКОСВІТ”	“КАРДІОСВІТ”	“НЕЙРОСВІТ”	“НА МАКСИМУМІ VIP”
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>					РОЗМІР СТРАХОВИХ ВНЕСКІВ, євро РАЗОМ ІЗ СТРАХОВИМ ПОКРИТТЯМ СТАНІВ: Туберкульоз, Гепатит С, Пересадка Шкіри Внаслідок Опіків, Офтальмологія				
	“ОНКОСВІТ”	“КАРДІОСВІТ”	“НЕЙРОСВІТ”	“НА МАКСИМУМІ VIP”		“ОНКОСВІТ”	“КАРДІОСВІТ”	“НЕЙРОСВІТ”	“НА МАКСИМУМІ VIP”
Щорічний	60	90	130	180		105	155	-	-
Піврічний	33	53	73	103		63	93	-	-
Щоквартальний	17	27	37	52		32	42	-	-

РОЗМІР СТРАХОВИХ ВНЕСКІВ, євро для <u>ДРУГОЇ</u> ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ <u>ВІД 0 ДО 17 РОКІВ</u> <u>ВКЛЮЧНО:</u>					РОЗМІР СТРАХОВИХ ВНЕСКІВ, євро РАЗОМ ІЗ СТРАХОВИМ ПОКРИТТЯМ СТАНІВ: Туберкульоз, Гепатит С, Пересадка Шкіри Внаслідок Опіків, Офтальмологія				
	“ОНКОСВІТ”	“КАРДІОСВІТ”	“НЕЙРОСВІТ”	“НА МАКСИМУМІ VIP”		“ОНКОСВІТ”	“КАРДІОСВІТ”	“НЕЙРОСВІТ”	“НА МАКСИМУМІ VIP”
Щорічний	55	83	120	170		95	140	-	-
Піврічний	30	48	65	93		57	85	-	-
Щоквартальний	15	24	34	47		28	38	-	-

РОЗМІР СТРАХОВИХ ВНЕСКІВ, євро для <u>ОДНІЄЇ</u> ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ <u>ВІД 18 ДО 64 РОКІВ</u> <u>ВКЛЮЧНО:</u>					РОЗМІР СТРАХОВИХ ВНЕСКІВ, євро РАЗОМ ІЗ СТРАХОВИМ ПОКРИТТЯМ СТАНІВ: Туберкульоз, Гепатит С, Пересадка Шкіри Внаслідок Опіків, Офтальмологія				
	“ОНКОСВІТ”	“КАРДІОСВІТ”	“НЕЙРОСВІТ”	“НА МАКСИМУМІ VIP”		“ОНКОСВІТ”	“КАРДІОСВІТ”	“НЕЙРОСВІТ”	“НА МАКСИМУМІ VIP”
Щорічний	280 / 320 *	380	480	680		480 / 520 *	580	-	-
Піврічний	153 / 180 *	203	253	353		253 / 280 *	303	-	-
Щоквартальний	77 / 100 *	102	127	177		127 / 150 *	152	-	-

РОЗМІР СТРАХОВИХ ВНЕСКІВ, євро для <u>ДРУГОЇ</u> ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ <u>ВІД 18 ДО 64 РОКІВ</u> <u>ВКЛЮЧНО:</u>					РОЗМІР СТРАХОВИХ ВНЕСКІВ, євро РАЗОМ ІЗ СТРАХОВИМ ПОКРИТТЯМ СТАНІВ: Туберкульоз, Гепатит С, Пересадка Шкіри Внаслідок Опіків, Офтальмологія				
	“ОНКОСВІТ”	“КАРДІОСВІТ”	“НЕЙРОСВІТ”	“НА МАКСИМУМІ VIP”		“ОНКОСВІТ”	“КАРДІОСВІТ”	“НЕЙРОСВІТ”	“НА МАКСИМУМІ VIP”
Щорічний	250 / 290 *	345	430	615		430 / 470 *	525	-	-
Піврічний	138 / 160 *	183	228	318		228 250 *	273	-	-
Щоквартальний	67 / 88 *	92	112	162		112 / 130 *	137	-	-

* Розмір внеску для договорів укладених до 08.06.2025 / з 09.06.2025

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

Страхувальник 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 «ТАС-Лікар Україна» або «ТАС-Лікар Міжнародний» страхового продукту «ТАС-Лікар» за попереднім пакетом страхування, вступає в дію тільки після закінчення періоду очікування - 180 (сто вісімдесят) днів з дати внесення змін до Договору страхування за такими критичними захворюваннями (станами) як «Рак (злоякісне новоутворення)», «Кардіохірургія», «Нейрохірургія», «Трансплантація життєво важливих органів», «Реабілітація», «Туберкульоз», «Гепатит С», «Пересадка шкіри внаслідок опіків», «Офтальмологія».

☒ 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 - 180 (сто вісімдесят) днів з дати внесення змін до Договору страхування за такими критичними захворюваннями (станами) як «Рак (злоякісне новоутворення)», «Кардіохірургія», «Нейрохірургія», «Трансплантація життєво важливих органів», «Реабілітація», «Туберкульоз», «Гепатит С», «Пересадка шкіри внаслідок опіків», а також за страховим випадком «Хірургічне втручання».

☒ 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 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 персональних даних та осіб, яким передаються його 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.

☐ 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

Опитувальник Страхувальника
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/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.

Страхувальник	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)