

№ _____ Від « ____ » _____ 20__ р.
номер договору дата договору
(для Договорів , укладених з 01.07.2024)

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

☐ піврічної ☐ піврічну

☐ щоквартальної ☐ щоквартальну

☐ Зміна пакету страхування:

з ☐ «ОНКОСВІТ» на ☐ «ОНКОСВІТ»

☐ «КАРДІОСВІТ» ☐ «КАРДІОСВІТ»

☐ «НЕЙРОСВІТ» ☐ «НЕЙРОСВІТ»

☐ «НА МАКСИМУМІ VIP» ☐ «НА МАКСИМУМІ VIP»

☐ Зміна в переліку повнолітніх Застрахованих осіб:

☐ Додати Застраховану особу

☐ Виключити Застраховану особу

☐ Зміна в переліку неповнолітніх Застрахованих осіб:

☐ Додати Застраховану особу

☐ Виключити Застраховану особу

ПІБ Застрахована особа	Дата народження	Стать	Адреса місця проживання

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

ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ (РИЗИКІВ)

Пакет страхування:

	“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 Сімейний» 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 Сімейний» в залежності від обраного переліку хвороб)	-	3 000,00	3 000,00	3 000,00
Додаткова опція «Міжнародна медична консультація»	✓	✓	✓	✓

СІМЕЙНИЙ СТРАХОВИЙ ТАРИФ №1

Для 1 (однієї) Застрахованої особи віком від 18-ти (вісімнадцяти) до 49-ти (сорока дев'яти) років та до 20-ти Застрахованих осіб віком від 0 (нуля) до 17-ти (сімнадцяти) років

	РОЗМІР СТРАХОВИХ ВНЕСКІВ, євро				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	285	385	485	685	485	585	-	-
	Піврічний	155	205	255	355	255	305	-	-
	Щоквартальний	78	103	128	178	128	153	-	-

СІМЕЙНИЙ СТРАХОВИЙ ТАРИФ №2					РОЗМІР СТРАХОВИХ ВНЕСКІВ, євро				РОЗМІР СТРАХОВИХ ВНЕСКІВ, євро РАЗОМ ІЗ СТРАХОВИМ ПОКРИТТЯМ СТАНІВ: Туберкульоз, Гепатит С, Пересадка Шкіри Внаслідок Опіків, Офтальмологія			
Для 2 (двох) Застрахованих осіб віком від 18- ти (вісімнадцяти) до 49 -ти (сорока дев'яти) років та до 20 –ти Застрахованих осіб віком від 0 (нуля) до 17-ти (сімнадцяти) років					“ОНКОСВІТ”	“КАРДІОСВІТ”	“НЕЙРОСВІТ”	“НА МАКСИМУМІ VIP”	“ОНКОСВІТ”	“КАРДІОСВІТ”	“НЕЙРОСВІТ”	“НА МАКСИМУМІ VIP”
Щорічний	505	685	865	1 220	865	1 045	-	-	865	1 045	-	-
Піврічний	275	367	455	635	455	545	-	-	455	545	-	-
Щоквартальний	138	183	225	315	228	272	-	-	228	272	-	-

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.

ДЕКЛАРАЦІЯ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я НЕПОВНОЛІТНІХ ЗАСТРАХОВАНИХ ОСІБ

Підписуючи цю Заяву, я підтверджую, що жодна із доданих неповнолітніх Застрахованих осіб в даний час або протягом останніх 10 років не проходили стаціонарне, амбулаторне, реабілітаційне або профілактичне лікування, їм не було діагностовано за результатами обстеження, та відповідно не перебувають під наглядом лікаря-спеціаліста, за будь-яким із наступних захворювань або станів: рак або злоякісне новоутворення будь-якого типу, в т.ч. Хвороба Ходжкіна; лейкемія або будь-яке захворювання крові, яке потребує лікування не менше одного місяця (наприклад, анемія, лімфома, міелома, порушення згортання крові, гемофілія або посилення кровотечі судин тощо); рак in situ (неінвазивний рак, без проростання) або будь-які передракові (передпухлинні) захворювання або патологічні зміни органів і тканин (дисплазія), які з великою ймовірністю перероджуються в злоякісні новоутворення, включаючи, але не обмежуючись ними передракові зміни область молочних залоз / жіночих статевих органів, сечового міхура або передміхурової залози; будь-яка форма серцевих захворювань (наприклад, інфаркт, стенокардія, інфаркт міокарда, кардіосклероз, кардіоміопатія, порушення серцевого клапана, стеноз / порок, шум серця або ревматизм (не включаючи лікування тільки через високий кров'яний тиск та / або високий рівень холестерину); будь-яка форма вродженого дефекту; будь-яка форма психічного, неврологічного розладу (наприклад, синдром Дауна, аутизм чи інше); будь-яка форма діабету.

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 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 Сімейний» 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», «Офтальмологія», 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 мережових 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 змінились

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

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