

TAS family



**Ценить и оберегать самое
важное!**



Кому важна эта программа?

Для тех у кого есть семья, и кто чувствует свою ответственность перед ней.

Для тех кто понимает, что завтрашнее благосостояние семьи зависит от решений, принятых сегодня



БУДЬ БЛИЖЕ К ТАС

Цель программы:

**Финансовая защита бюджета
семьи в Непредвиденных
Ситуациях**

**Выплата денег человеку если
произошел Несчастный Случай
как в Украине так и за рубежом**



Схема страховых выплат по ДМС

Клиент



Диагностика, лечение

Договор
страхования



СК «ТАС»



Согласование и
оплата
медицинских услуг

грн.

Больница



БУДЬ БЛИЖЕ К ТАС

Схема страховых выплат по ТАС «Family»

Клиент



СК «ТАС»



Договор
страхования



Диагностика, лечение

Больница



БУДЬ БЛИЖЕ К ТАС

Терминология:

- **Страхователь (Страховальник, укр.)** – тот, кто платит деньги по договору
- **Застрахованное лицо (Застрахована особа, укр.)** – тот, кто находится под страховым покрытием
- **Страховщик (Страховик, укр.)** – Страховая компания ТАС
- **Выгодоприобретатель (Вигодонабувач, укр.)** – тот, кто получает деньги при страховом событии

Условия страхования:

- ✓ **Страхователь – любое дееспособное лицо старше 18 лет**
- ✓ **Застрахованные лица - члены семьи**
 - До 5-ти человек (двое взрослых + трое детей)
 - Страхователь в возрасте от 18 до 64 лет
 - Супруг/Супруга Страхователя в возрасте от 18 до 64 лет
 - Родители Страхователя в возрасте до 64 лет
 - Родные братья/сестры Страхователя в возрасте от 3-х до 64 лет
 - Дети Страхователя в возрасте от 3-х до 17 лет
- ✓ **Срок страхования – 1 год**
- ✓ **24 часа в сутки, территория всего мира**



Страховые риски	Страховое покрытие для каждого члена семьи		
		пакет «Премиум» 50 000 грн.	пакет «Престиж» 75 000 грн.
Смерть НС		50 000 грн.	75 000 грн.
Инвалидность I гр. НС		50 000 грн.	75 000 грн.
Травматизм НС		25 000 грн. (в % от страховой суммы по таблице выплат)	37 500 грн. (в % от страховой суммы по таблице выплат)
Госпитализация НС (с 4-го дня)			300 грн./день
<i>Дети от 3-х лет</i>			
Инвалидность НС		25 000 грн.	37 500 грн.
Травматизм НС		25 000 грн. (в % от страховой суммы по таблице выплат)	37 500 грн. (в % от страховой суммы по таблице выплат)
Госпитализация НС (с 4-го дня)			150 грн./день
Взнос, грн.		450,00	1 500,00

Страховые выплаты:

Страховые случаи	Страховые выплаты	
	для взрослых членов семьи	для несовершеннолетних
Смерть НС	100% страховой суммы	-
Инвалидность I гр. НС/ Инвалидность категории «ребенок-инвалид» НС	100% страховой суммы	100% страховой суммы - 5 лет или безсрочно; 70% страховой суммы - 2 до 5 лет включительно; 50% страховой суммы - до 2 лет включительно.
Травматизм НС	100% страховой суммы (в % от страховой суммы согласно таблице выплат)	100% страховой суммы (в % от страховой суммы согласно таблице выплат)
+ пакет страхования «Престиж»		
Госпитализация НС (с 4-го дня)	от 300 грн/день	от 150 грн/день

Порядок заключения Договора страхования жизни

- Выписать квитанцию на оплату страхового взноса
- Заполнить Договор страхования

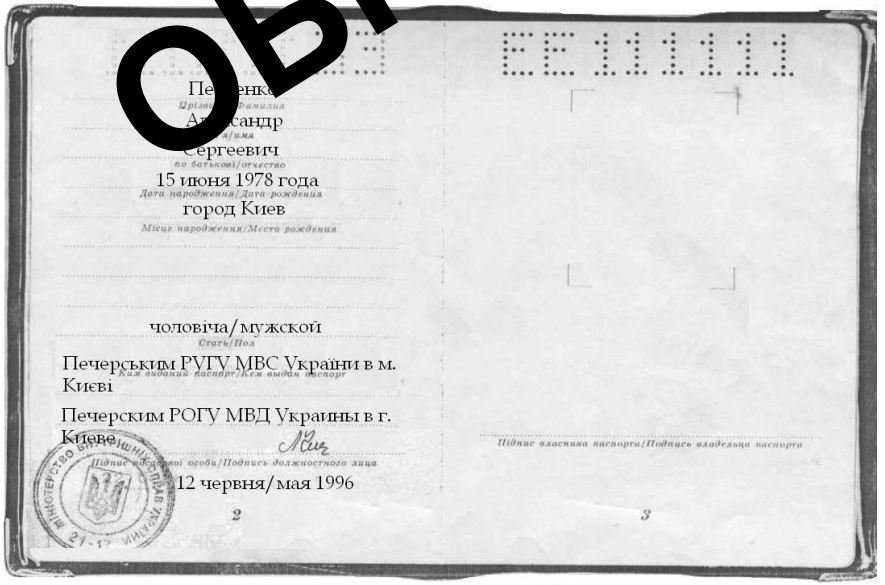
**Для оформления Договора Клиенту
необходимо предоставить:**

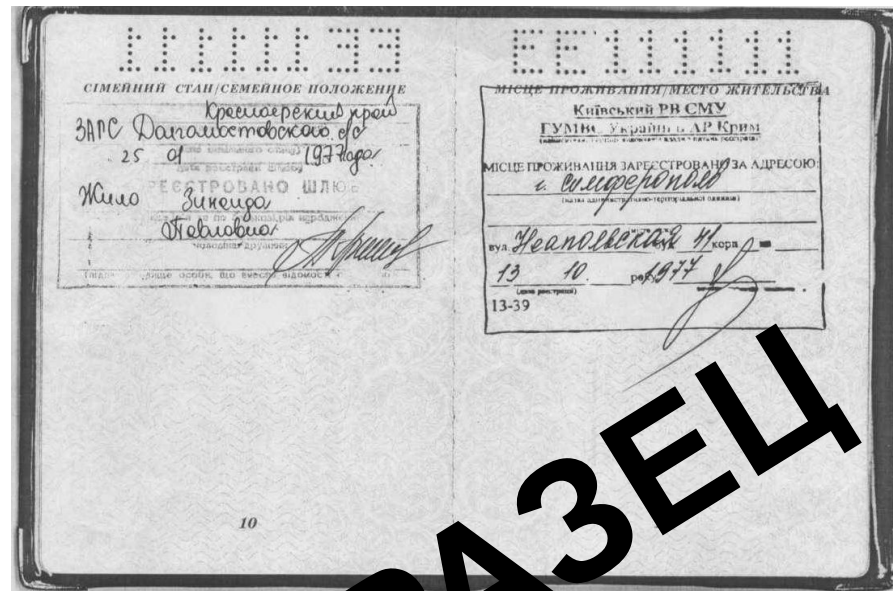
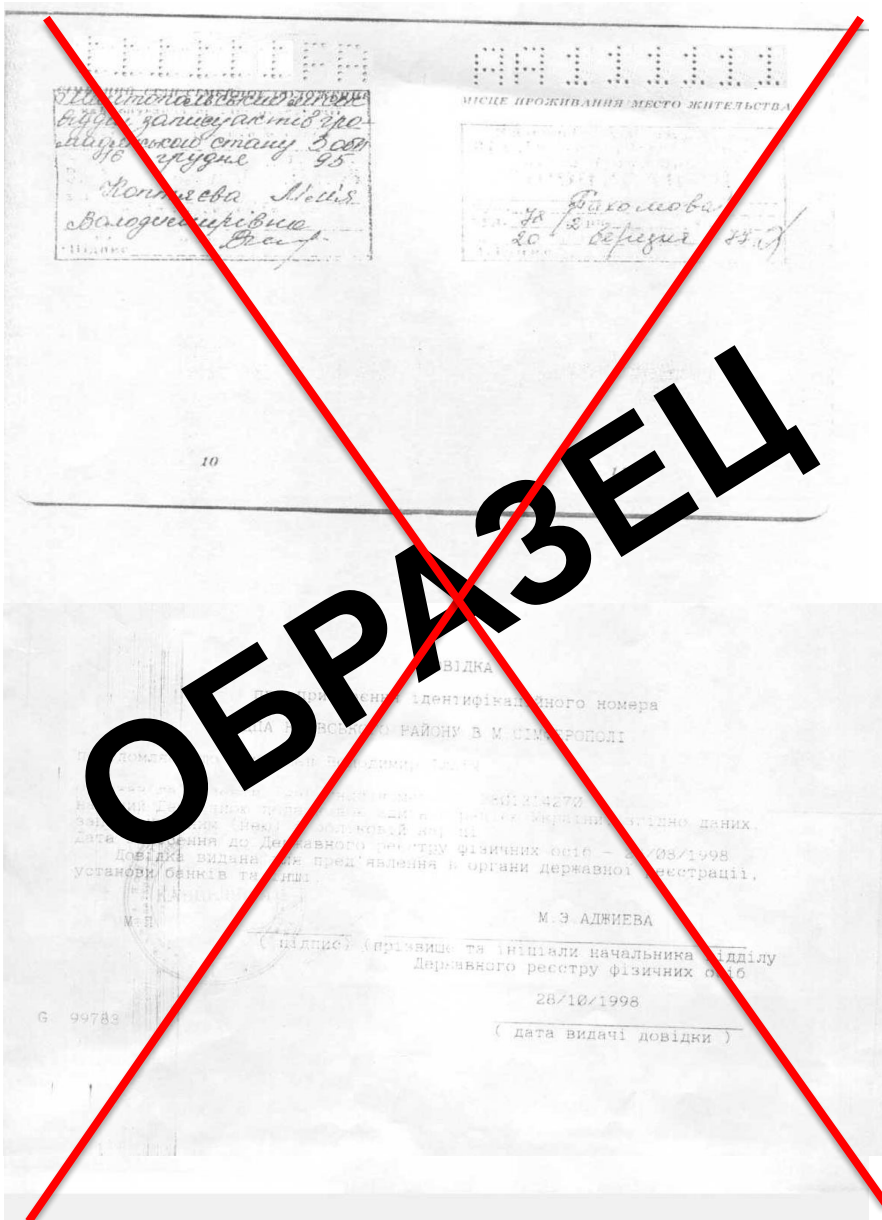
- Копию паспорта с адресом регистрации, актуальной на дату заполнения Договора
- Копию справки о присвоении идентификационного номера
- Копию квитанции об уплате страхового взноса

- Изготовлены с помощью копи-машин
- Качественные, четкие, без лишних линий
- Без обрезанных, скрытых частей
- Ровно размещенные по вертикальным и горизонтальным осям
- Не больше 2 документов (разворотов документов) на 1 листе А4
- Фон за документами белый

НЕ КАЧЕСТВЕННАЯ КОПИЯ

КАЧЕСТВЕННАЯ КОПИЯ





Действия Страхователя (Застрахованного лица/Выгодоприобретателя) при наступлении страхового события

На протяжении 3-х рабочих дней, как только станет известно о наступлении страхового события, уведомить об этом Страховую Компанию любым удобным Клиенту способом:



по телефону **0 800 500 117** (бесплатно в пределах



по адресу: ул. Шота Руставели 16, 6й этаж, г.Киев,



по электронному адресу: tas@taslife.com.ua

Собрать полный пакет необходимых документов, указанный в Договоре страхования, и обратиться в Страховую Компанию «ТАС» по адресу: ул. Шота Руставели 16, 6й этаж, г.Киев

СОСТАВНЫЕ ЧАСТИ ПЕРВИЧНОГО АНДЕРРАЙТИНГА

- Полнота заполнения
- Один язык заполнения (украинская или русская)
- Правильность заполнения – соответствие условиям программы и требованиям андеррайтинга
- Разборчивость
- **Обязательно** без исправлений
- Полный пакет документов

СТРАХОВАТЕЛЬ/ ЗСТРАХОВАННЕ ЛІЦО

1.2. СТРАХУВАЛЬНИК

Прізвище: **Петренко** Ім'я: **Пав**
 По батькові: **Петров** Дата народження: **ло 05.01.1988**
 Адреса проживання: Індекс: **55200** Облaсть/ район: **Миколаївськ** Місто/ селище: **М.**
 Вулиця: **Коротченкa** Буд.: **5** Корп.: **3** Кв.: **3** Моб тел: **096 356 18 45**
Первомайськ

1.3. ЗАСТРАХОВАНІ ОСОБИ

1.3.1. Страхувальник є Застрахованою особою за всіма страховими випадками, крім випадку передбаченого п.3.3.3.2 цього Договору, у відповідності до обраного пакету страхування;
 1.3.2. Застрахованою особою за всіма страховими випадками, крім випадку передбаченого п.3.3.3.2 цього Договору, є один із дорослих членів родини (чоловік / дружина Страхувальника, які перебувають в зареєстрованому шлюбі з ним, батьки, рідні брати / сестри та/або діти Страхувальника віком від 18-ти до 64-х повних років на момент укладення Договору страхування):

Прізвище: **Петренко** Ім'я: **Василівна**
 По батькові: **Марина** Дата народження: **10.09.1990** Родинний зв'язок зі Страхувальником: **Дружина**
 Адреса проживання: Індекс: **55200** Облaсть/ район: **Миколаївськ** Місто/ селище: **М.**
 Вулиця: **Коротченк** Буд.: **5** Корп.: **3** Кв.: **3**
Первомайськ

1.3.3. Застрахованими особами за страховими випадками, передбаченими пп. 3.3.1, 3.3.3.2, 3.3.4, 3.3.5 цього Договору, є неповнолітні члени родини (брати / сестри та/або діти Страхувальника віком від 0-х до 17-ти повних років на момент укладення Договору страхування) в кількості до 3-х осіб:

1. Прізвище: **Петренко** Ім'я: **Сергій**
 По батькові: **Павлович** Дата народження: **15.07.2009** Родинний зв'язок зі Страхувальником: **Син**
 Адреса проживання: Індекс: **55200** Облaсть/ район: **Миколаївськ** Місто/ селище: **М.**
 Вулиця: **Коротченкa** Буд.: **5** Корп.: **3** Кв.: **3**
Первомайськ

2. Прізвище: **о** Ім'я: _____
 По батькові: _____ Дата народження: _____ Родинний зв'язок зі Страхувальником: _____
 Адреса проживання: Індекс: _____ Облaсть/ район: _____ Місто/ селище: _____
 Вулиця: _____ Буд.: _____ Корп.: _____ Кв.: _____

3. Прізвище: _____ Ім'я: _____
 По батькові: _____ Дата народження: _____ Родинний зв'язок зі Страхувальником: _____
 Адреса проживання: Індекс: _____ Облaсть/ район: _____ Місто/ селище: _____
 Вулиця: _____ Буд.: _____ Корп.: _____ Кв.: _____

Все поля должны быть заполнены полностью и разборчиво

7. ДІ СТРАХОВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ, ВИГОДОНАБУВАЧА) ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

7.1. При настанні обставин, які можуть призвести до настання страхового випадку Страховальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) зобов'язаний виконати всі необхідні заходи по забезпеченню з'ясування причини та характеру Застрахованої особи.

8. ДОКУМЕНТИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ЗДІСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПАТИ

8.1. Для отримання страхової виплати за страховим випадком, передбаченим в п.3.3 Договору, Страховальник (Застрахована особа, Вигодонабувач, спадкоємці Страховальника) повинні надати наступні документи, які підтверджують факт настання страхового випадку.

9. ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПАТИ АБО ВІДМОВУ В ВИПАТІ

9.1. При одержанні всіх необхідних документів, зазначених в розділі 8 цього Договору, Страховик зобов'язаний в термін не більше п'ятидцяти робочих днів прийняти рішення про здійснення виплати в термін не більше п'ятидцяти робочих днів з дня одержання всіх необхідних документів.

10. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПАТИ

10.1. При настанні страхового випадку, передбаченого п.3.3 Договору, і після отримання документів, зазначених в розділі 8 Договору, Страховик здійснює страхову виплату на підставі оформленого страхового акту в термін не більше п'ятидцяти робочих днів.

11. ІНШІ УМОВИ

11.1. Страховик надає українською мовою в двох примірниках, кожен з яких має однакову юридичну силу.

12. ПОРЯДОК ВИЩЕННЯ СПОРІВ

12.1. Сторони за Договором, що виникли між Страховальником і Страховиком, вирішуються шляхом переговорів.

13.4. Відповідно до вимог Закону України №249-IV "Про забезпечення та протиполегальні (зазначеного) доповіді, одержаних злочинним шляхом, або фінансування тероризму від 28.11.2002 року з змінами та доповненнями, просямо Вас відповісти на питання, які викладені нижче:

13.4.1. Чи є в публічних джерелах, пов'язаних з Вами особою?" або особою, що від Вас його імені?"

13.4.2. Чи є в публічних джерелах, пов'язаних з Вами особою?" або особою, що від Вас його імені?"

13.4.3. Чи є в публічних джерелах, пов'язаних з Вами особою?" або особою, що від Вас його імені?"

13.4.4. Чи є в публічних джерелах, пов'язаних з Вами особою?" або особою, що від Вас його імені?"

13.4.5. Чи є в публічних джерелах, пов'язаних з Вами особою?" або особою, що від Вас його імені?"

13.4.6. Чи є в публічних джерелах, пов'язаних з Вами особою?" або особою, що від Вас його імені?"

13.4.7. Чи є в публічних джерелах, пов'язаних з Вами особою?" або особою, що від Вас його імені?"

13.4.8. Чи є в публічних джерелах, пов'язаних з Вами особою?" або особою, що від Вас його імені?"

9.1. При одержанні всіх необхідних документів, зазначених в розділі 8 цього Договору, Страховик зобов'язаний в термін не більше п'ятидцяти робочих днів прийняти рішення про здійснення виплати в термін не більше п'ятидцяти робочих днів з дня одержання всіх необхідних документів.

9.2. Страховик може прийняти рішення про відмову в страховій виплаті відповідно до положень цього Договору.

9.3. При відмові у страховій виплаті, Страховик повідомляє Вигодонабувача та (або Страховальника (спадкоємця Страховальника) в письмовій формі обґрунтовані підстави відмови в термін не більше п'ятидцяти робочих днів з дня одержання всіх необхідних документів.

10. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПАТИ

10.1. При настанні страхового випадку, передбаченого п.3.3 Договору, і після отримання документів, зазначених в розділі 8 Договору, Страховик здійснює страхову виплату на підставі оформленого страхового акту в термін не більше п'ятидцяти робочих днів.

10.2. Страховик покриває за страховим випадком, передбаченим п.п.3.3.4-3.5 Договору, повний розмір зазначеного 3-денного періоду очікування, починаючи з дати початку дії Договору страхування.

10.3. Страховик виплати здійснюється:

10.3.1 за страховим випадком, передбаченим п.3.3.1 та п.3.3.2 Договору - Вигодонабувачу, визначеного в п.1.4.1. Договору, у розмірі 100% страхової суми, зазначеної в п.3.4. Договору;

10.3.2 за страховим випадком, передбаченим п. 3.3.3 Договору, в сумі встановленої Застрахованої особи і/або невідомої категорії "длина інвалідів" внаслідок нещасного випадку, що стався під час дії Договору страхування - Вигодонабувачу, визначеного в п.1.4.2. Договору, у розмірі 100% страхової суми, зазначеної в п.3.4. Договору;

10.3.3 за страховим випадком, передбаченим п. 3.3.4 Договору - Вигодонабувачу, визначеного в п.1.4.2. Договору, у розмірі 100% страхової суми, зазначеної в п.3.4. Договору;

10.3.4 за страховим випадком, передбаченим п. 3.3.5 Договору - Вигодонабувачу, визначеного в п.1.4.2. Договору, у розмірі:

- для Застрахованої особи віком від 18 років - 300 грн. за кожен день перебування Застрахованої особи на стаціонарному ліуванні;

- для Застрахованої особи віком до 18 років - 150 грн. за кожен день перебування Застрахованої особи на стаціонарному ліуванні.

10.4. Запасні суми страхової виплати з'являються на 4-й день госпіталізації. Перебування в лікарні до 3-х днів Страховик не оплачує. При перебуванні в лікарні більше 3-х днів - оплачують діні перебування на стаціонарному ліуванні, починаючи з 4-го дня. Страховик оплачує не більше ніж 30 днів госпіталізації у рік по кожній Застрахованій особі.

Якщо Застрахована особа офіційно виліковується з лікарняного закладу, але потім знову потрапляє на стаціонарне лікування, то сума страхової виплати не більше ніж 18 днів, але вважається одним страховим випадком. У такому разі для визначення розміру страхової виплати прийматиметься до уваги всі госпіталізації; до визначення та за повторною госпіталізації.

10.4.1. Залежно від розміру страхової виплати за страховим випадком, передбаченим п. 3.3.2, 3.3.4, 3.3.5 Договору, не може перевищувати 100% страхової суми, зазначеної в п. 3.4. Договору за такою страховою виплатою.

11. ВНЕСІННЯ ЗМІН В ДОГОВІР СТРАХОВАННЯ ТА ПРИПИНЕННЯ ЙОГО ДІЯ

11.1. Про внесення змін до умов Договору Сторони інформують письмово повідомити іншу Сторону не пізніше ніж за 15 календарних днів до запропонованого внесення змін.

Якщо Вибухач з Сторін не згоден на внесення змін в Договір, протримав літні робочих днів виконання питання про дію Договору на попередній умовах або про припинення його дії.

11.2. Заміну та доповнення до цього Договору оформляються додатково укладеною та підписаною Сторонами.

11.3. Для цього Договору приймаються та втрачає чинність з угодою Сторін, а також у випадках, передбачених Законом України "Про страхування" та цим Договором:

11.3.1 у випадку змінення країни, на якій його укладено;

11.3.2 у випадку несострибі Страховальником страхового платежу у встановлені Договором строки, визначеного в п.3.9. Договору;

11.3.3 дія Договору припиняється по відношенню до конкретної Застрахованої особи;

11.3.4 з моменту здійснення страхової виплати за страховим випадком, передбаченим п.3.3.1-3.3.2 Договору;

11.3.5 досягнення такою особою граничного віку, встановленого пп.1.3.2 - 1.3.3. Договору;

11.3.6 для друкування/поліси в випадку розриву шовку у Страховальником.

11.3.7 у випадку, передбаченого пп.11.3.3.2-11.3.3.3 Договору, Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати за страховим випадком по відношенню до (ж) Застрахованої особи.

11.4. Протримав всього строку дії цього Договору виплата суми по ньому дозволено 0 (нуль).

13.4.2. Як укладено Договір ви:

Фізична особа Державний службовець ФОП: _____

13.4.3. Приймаю на себе зобов'язання, у разі зміни інформації, наведеної в п.13.4 Договору, або змінення строку дії документів, на підставі яких він заповнюється, протримав довести робочі дні з дня настання взаємних подій надати меншовказаний оповіщення (у разі, якщо термін надання мнн послуг не буде вичерпаний), а також надати відповідні оповіщення та передати у иному документі за першою вимогою

14. ДЕКЛАРАЦІЯ СТРАХОВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я (ДАЛЬ-ДЕКЛАРАЦІЯ)

Я, Страховальник (Застрахована особа) за цим Договором підтверджую, що на момент підписання цього Договору, я та інші Застраховані особи не є інвалідами в даній сфері і не мають раніше руйнівних захворювань, не страждаю і не страждатиму від будь-яких нервових або психічних захворювань (нептр, епілепсія, феохромоцитома, нервовий), СНСД і ВІД, гемофілія, серцево-судинної системи, злоякісних утворень, захворювань опорно-рухового апарату, порушень зору або слуху. В даній сфері ні я, ні інші Застраховані особи не проводять службу у збройних силах або правоохоронних органах, не займають професійної або непрофесійної діяльності, а також в виробничих, ринкових, роботах на висоті або під землею, не є водіями, пожежниками, спеціалістами, працівниками ядерної промисловості, нафтогазової, газової, транспортної та професійним спортом, а також не займаються небезпечними видами спорту, такими як: бокс, бойові мистецтва, акробатика, гірський лижний спорт, парашутний спорт, дельтаплан, мото- і авіаспорт. Не приймаю участь в будь-яких видах спорту на професійній основі, не беру участь у змаганнях і спробах встановлення рекордів і не маю наміру поєдувати в грати чужих гравців. У відношенні Застрахованих осіб за цим Договором ніяк не подано інші заяви і немає даних поліси страхування життя або страхування від нещасного випадку. Мій стан здоров'я в стані здоров'я і інші Застраховані особи не потребують регулярного контролю або лікування. Я, підписуючи цей Договір, підтверджую і не заперечую, що всі відомості, наведені у Декларції, в тому числі щодо Застрахованих осіб, є правдивими та достовірними, та є невідомими частинною цього Договору. Я повідомляю, що у разі неправдивості вказаної інформації, АТ «СК ТАС» (приватне) має право відмовити у здійсненні страхової виплати.

СТРАХОВИК
Страховик в особі _____
Ще діє підписи довірених № _____ від _____
Підпис _____

СТРАХОВАЛЬНИК
Договір укладено з моєю власною волеволяченням та за згодою інших Застрахованих осіб.
Цим підписом засвідчую, що ознайомлений та згоден з умовами Договору, Прямими та моїми правами на суб'єкта персональних даних відповідно до ст. 8 Закону України "Про захист персональних даних".
Підпис _____

Обезпечено
оригінальним підписом
Страхователя

ПІБ страхового агента, підпис: _____
Дата складання: _____
Тел. (моб.): _____
Результати органі, який здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг: Національне агентство з здійснення державного регулювання в сфері ринків фінансових послуг.
Адреса: 01001, м. Київ-1, вул. Б. Гринченка 3, тел.: (044) 234-02-24, сайт www.nfpr.gov.ua
Результати органі з питань захисту прав споживачів: Державне інспекції України з питань захисту прав споживачів, Адреса: 03680, м. Київ, вул. Гоголя, 174, тел. (044) 524-94-98

Повідомити АТ «СК ТАС» (приватне) про настання страхового випадку, а також надати всі заповнені та побільшені щодо якості обслуговування Ви можете за телефоном 0 800 500 117 (безкоштовно за межами території України безкоштовно).

3. УМОВИ СТРАХУВАННЯ

3.1. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ

1 рік

3.2. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

на території всіх країн світу, за виключенням зон воєнних конфліктів

3.1.1. Договір набуває чинності з 00 годин дня, наступного за днем сплати страхового платежу на розрахунковий рахунок Страховика у повному обсязі.

3.3. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ:

3.4. СТРАХОВА СУМА ДЛЯ КОЖНОЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ, ГРН.:

		Пакет страхування "Класик" <input type="checkbox"/>	Пакет страхування "Преміум" <input type="checkbox"/>	Пакет страхування "Престиж" <input type="checkbox"/>
3.3.1.	Смерть Застрахованої особи, яка настала під час дії Договору страхування (далі - Смерть)	1,00	1,00	1,00
3.3.2.	Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що стався під час дії Договору страхування (далі - Смерть НВ)	25 000,00	50 000,00	75 000,00
3.3.3.	3.3.3.1. Інвалідність Застрахованої особи I групи внаслідок нещасного випадку, що стався під час дії Договору страхування (далі – Інвалідність I гр. НВ)	25 000,00	50 000,00	75 000,00
	3.3.3.2. Встановлення інвалідності категорії «дитина-інвалід» внаслідок нещасного випадку (НВ), що стався під час дії Договору страхування (далі – Дитина – інвалід НВ)	12 500,00	25 000,00	37 500,00
3.3.4.	Тимчасова або стійка втрата загальної працездатності внаслідок нещасного випадку, що стався під час дії Договору страхування (далі – Травматизм)	12 500,00	25 000,00	37 500,00
3.3.5.	Госпіталізація Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що стався під час дії Договору страхування (далі – Госпіталізація НВ)*	-	-	300 150
* страхова сума за страховим випадком, передбаченим п.3.3.5 Договору встановлюється у розмірі виплати за один день перебування Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні, умови здійснення страхової виплати за цим страховим випадком, визначено в п. 10.3.4 Договору				

3.5. РІЧНИЙ СТРАХОВИЙ ТАРИФ,%

1,00

0,90

2,00

3.6. РОЗМІР СТРАХОВОГО ПЛАТЕЖУ, грн.

250,00

450,00

1 500,00

3.7. ВАЛЮТА СТРАХУВАННЯ

гривня

3.8. ПЕРІОДИЧНІСТЬ СПЛАТИ СТРАХОВИХ ПЛАТЕЖІВ

одноразово

Клиент выбирает
только один вариант



Согласно требований Закона Украины “Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, або фінансування тероризму” от 28.11.2002 года с изменениями и дополнениями, Страхователь обязательно заполняет финансовый опросник

13.4. Відповідно до вимог Закону України №249-IV “Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, або фінансування тероризму» від 28.11.2002 року зі зміна та доповненнями, просимо Вас відповісти на питання, які викладені нижче:

13.4.1. Чи є Ви публічним діячем*, пов'язаною з ними особою** або особою, що дії від його імені?

* **Публічний діяч** - фізична особа, яка виконує або виконувала визначені публічні функції в іноземних державах, а саме: глава держави, керівник уряду, міністри та їх заступники; депутати парламенту; члени верховного суду, конституційного суду або інших судових органів високого рівня, рішення яких не підлягають оскарженню, крім як за виняткових обставин; члени суду аудиторів або правлінь центральних банків; надзвичайні та повноважні послы, повірені у справах та високі посадовці збройних сил; члени адміністративних, управлінських чи наглядових органів державних підприємств, що мають стратегічне значення.

** **Особи, пов'язані з публічними діячами** - члени сім'ї діячів та інші близькі родичі.

 Ні Так _____

(вказати відношення до публічного діяча, його ідентифікаційні дані та джерело походження коштів)

13.4.2. Я укладаю Договір як:

 Фізична особа Державний службовець ФОП: _____

13.4.3. Приймаю на себе зобов'язання, у разі зміни інформації, наведеної в п. 13.4 Договору, або закінчення строку дії документів, на підставі яких він заповнювався, протягом десяти робочих днів з дня настання вказаних подій надати наново заповнений опитувальник (у разі, якщо термін надання мені послуг не буде вичерпаний), а також надавати заповнений опитувальник та передбачені у ньому документи за першою вимогою

- **Медицинский андеррайтинг не проводится**
- **Страхователь подтверждает своей подписью информацию, которая указана в заявлении на страхования(п.14)**

14. ДЕКЛАРАЦІЯ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я (ДАЛІ-ДЕКЛАРАЦІЯ)

Я, Страхувальник (Застрахована особа) за цим Договором підтверджую, що на момент підписання цього Договору, я та інші Застраховані особи не є інвалідами в даний час і не мали раніше групи інвалідності; не страждали і не страждаємо від будь-яких нервових або психічних захворювань (напр., епілепсія, алкоголізм, наркоманія), СНІД / ВІЛ, гемофілії, хвороб серцево-судинної системи, злоякісних утворень, захворювань опорно-рухового апарату, порушень зору або слуху. В даний час ні я, ні інші Застраховані особи не проходять службу у збройних силах або правоохоронних органах, не зайняті у професійній або непрофесійній авіації, в роботах з вибуховими речовинами, роботах на висоті або під землею, не є водолазом, пожежним, скелелазом, працівником ядерної промисловості, нафтовиком, охоронцем і професійним спортсменом, а також не займаються небезпечними видами спорту, такими як, бокс, бойові мистецтва, альпінізм, гірські лижі / сноубординг, парашутний спорт, дайвінг, мото- і автоспорт; Не приймають участь в будь-яких видах спорту на професійній основі, не беруть участь у змаганнях і спробах встановлення рекорду і не мають наміру подорожувати в гарячі точки планети. У відношенні Застрахованих осіб за цим Договором нині не подано інші заяви і немає діючих полісів страхування життя або страхування від нещасного випадку. Мій стан здоров'я та стан здоров'я інших Застрахованих осіб не потребує регулярного контролю або лікування. Я, підписуючи цей Договір, підтверджую і не заперечую, що всі відомості, вказані у Декларації, в тому числі щодо Застрахованих осіб, є правдивими та достовірними, та є невід'ємною частиною цього Договору. Я повідомлений, що у разі неправдивості вищезазначеної інформації, АТ «СК «ТАС» (приватне) має право відмовити у здійсненні страхової виплати.

Обязательное условие допуска на завтрашний семинар !!!

- Полнота заполнения
- Один язык заполнения (украинская или русская)
- Правильность заполнения – соответствие условиям программы и требованиям андеррайтинга
- Разборчивость
- **Обязательно** без исправлений
- Полный пакет документов

**Будь ближже к
ТАС!**