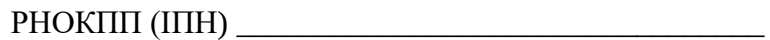


" _____ " _____ 20 ____ г.
(заповнюється Страховиком)



№	Назва документу, що додається до заяви	Наявне відмітити знаком ☒
1	Медичні документи. Довідка медичного закладу з діагнозом (виписка з історії хвороби, консультативний висновок та ін). Рецепти на медикаменти.	
2	Фінансові документи (фіскальний чек, квитанція та ін.).	
3	РНОКПП (довідка про присвоєння ідентифікаційного номеру)	
4	Паспорт (<u>всі заповнені сторінки паспорта</u> у розвороті: 1-7 сторінка, сторінка з місцем реєстрації) у формі книжечки або копія паспорта у формі ID-картки (з обох сторін) із копією довідки про реєстрацію місця проживання	
5	Свідоцтво про народження (якщо застрахована особа – дитина віком до 16 р.)	

6	Установчі документи (копія свідоцтва (виписки) про державну реєстрацію ФОП; копія ліцензії на вид діяльності; копія документа, що підтверджує сплату ФОП податку).	
7	Довідка з банківськими реквізитами	
8	Інше (вказати)	

Попереджений(- на), що в разі надання недостовірної інформації або отримання страхової виплати за наслідком цієї події за іншим договором страхування мені може бути відмовлено у відшкодуванні шкоди та притягнуто до відповідальності згідно з чинним законодавством.

Попереджений(- на), що Страховик залишає за собою право вимагати оригінали документів без роз'яснення причини.

Попереджений(- на) про необхідність зберігати оригінали усіх фінансових документів протягом 3 років після отримання послуг.

Відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних» шляхом підписання цієї заяви надаю згоду АТ «СГ «ТАС» (ПРИВАТНЕ) на обробку персональних даних з метою, в порядку та в обсязі, встановленому чинним законодавством України та Положенням про захист персональних даних (розміщено на офіційному сайті компанії www.sgtas.ua).

Усвідомлюю та надаю дозвіл Страховику на розкриття в повному обсязі інформації, що становить таємницю страхування, включаючи інформацію з обмеженим доступом, з дотриманням вимог законодавства, яке регулює питання таємниці страхування.

Посвідчую, що отримав повідомлення про включення інформації про мене до бази персональних даних ЗАЯВНИКИ, володільця персональних даних, склад та зміст зібраних персональних даних, свої права, мету збору персональних даних, осіб, яким передаються персональні дані та порядок доступу до персональних даних суб'єкта персональних даних, розпорядників та третіх осіб, яким передаються персональні дані.

Надаю згоду на отримання мною електронних повідомлень від ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА "СТРАХОВА ГРУПА "ТАС" будь-яким способом з метою інформування мене про стан врегулювання справи, а також про страхові послуги АТ "СГ "ТАС" (приватне) та/або продукти (товари, послуги) юридичних осіб, що входять до Банківської Групи «ТАС»."

Прошу направити письмове повідомлення про прийняте рішення (у визначених договором страхування випадках) в електронній формі на вказаний мною Е-mail або номер мобільного телефону. Погоджуюсь, що повідомлення про рішення надіслане мені вищезазначеним чином є офіційним рішенням Страховика. Обізнаний, що у разі необхідності, за моїм зверненням, Страховик буде зобов'язаний виготовити паперову форму рішення і направити на вказану мною адресу, або видати наручно, протягом 5 робочих днів.

Надаю згоду та дозволяю медичним закладам, фінансовим установам, представникам національної поліції України, бюро судово-медичної експертизи, судам з метою визнання події страховою надавати на запити АТ «СГ «ТАС» (приватного) інформацію, в тому числі, але не обмежуючись й такою, що є конфіденційною, чи містить лікарську, медичну, фінансову, комерційну таємницю. Відповідальність за збереження запитуваної інформації покладаю на АТ «СГ «ТАС» (приватне) та забороняю АТ «СГ «ТАС» (ПРИВАТНЕ) її розголошення в будь-якій формі, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

Проінформований про покладені на суб'єкта первинного фінансового моніторингу зобов'язання щодо обробки персональних даних для цілей запобігання та протидії легалізації (відмивання) доходів, одержаних злочинним шляхом або фінансування тероризму.

Прошу провести страхову виплату у зв'язку зі страховим випадком.

Страхувальник (застрахована особа, представник)

_____ «_____» _____ 20____ року.
(ПІБ) (підпис) (дата)

Страховик засвідчує підпис фізичної особи клієнта - власника інформації, що становить таємницю страхування.

_____ (підпис) _____ (ПІБ) _____ (посада)