



З А Я В А
про відновлення (збільшення) розміру страхової суми редукованого договору

Я, Страховальник:

Договір добровільного страхування життя		№ _____	від «___» _____ 20__ р.
СТРАХУВАЛЬНИК	_____ <i>прізвище, ім'я, по батькові</i>		
Дата народження	«___» _____ р.	Реєстраційний (ідентифікаційний номер)	_____
Телефон	(____) _____	Електронна адреса (e-mail)	_____
Адреса реєстрації	_____ <i>вулиця, будинок, квартира, населений пункт, район, область, індекс</i>		
Адреса для листування	_____ <i>вулиця, будинок, квартира, населений пункт, район, область, індекс</i>		
Місце роботи, професія, посада		Посадові обов'язки (виконувана робота)	
ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА	_____ <i>прізвище, ім'я, по батькові</i>		
Дата народження	«___» _____ р.	Реєстраційний (ідентифікаційний номер)	_____
Адреса реєстрації	_____ <i>вулиця, будинок, квартира, населений пункт, район, область, індекс</i>		
Місце роботи, професія, посада		Посадові обов'язки (виконувана робота)	

Прошу з «___» _____ 20__ р.:

1. Дозволити мені поновити сплату страхових внесків та відповідно змінити (збільшити) розмір страхової суми¹ за основною програмою страхування.

¹ розраховується актуарієм Страхової компанії

2. Підключити до Договору такі програми додаткового страхування

(вказати назву пакету програм або повний перелік додаткових програм страхування):

Назва пакету програм страхування згідно з Договором <i>(вказати назву пакету програм страхування, що зазначений у Вашому Страховому свідоцтві)</i>	
Відповідно до пакету програм _____	
Код	Назва програми додаткового страхування <i>(вказати код та назву програми додаткового страхування)</i>

3. Встановити наступний розмір страхового внеску за Договором: _____ грн.,
вказати розмір страхового внеску

який я зобов'язуюсь сплачувати з наступною періодичністю: щорічно два рази на рік _____ (вказати)
(позначити ✓ обрану періодичність сплати внесків)

Надаю інформацію загального та медичного характеру для оцінки ризику:

Якщо на будь-яке запитання Ви відповісте «Так», необхідно надати пояснення: вказати встановлені Вам діагнози та рік виникнення захворювань, надати виписні епікризи та/або довідки відносно таких захворювань, а також заключення від профільних лікарів про стан здоров'я на сьогоднішній день.

№	Запитання	Застрахована особа	Страховальник ²
1	Зріст (см)		
2	Вага (кг)		
3	Пульс (кількість ударів за одну хвилину)		
4	Артеріальний тиск (мм/рт.ст.)		
5	Чи застраховане Ваше життя чи здоров'я в інших страхових компаніях? Якщо «Так», то вкажіть назву компанії та розмір страхової суми за кожним договором	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
6	Чи займаєтесь Ви спортом на професійному рівні? Чи займаєтесь Ви регулярно (захоплюєтесь) небезпечними видами спорту та/або хобі (дельта- або парапланеризм, парашутизм, пірнання з аквалангом, рафтинг, авто- та мотоспорт, мисливство, бейсджампінг, паркур, зачепінг, стрибки з висоти, досліди з хімічними речовинами та ін.)? Якщо «Так», вкажіть вид та кількість таких занять на рік	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
7	Чи знаходитесь (знаходились) Ви на обліку в наркологічних, онкологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах, центрах із профілактики та боротьби зі СНІДом?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
8	Чи була Вам коли-небудь встановлена інвалідність I, II, III групи та/або дитинства? Якщо «Так», вкажіть групу, діагноз, з якого року встановлена інвалідність та на який строк	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Чи були у Вас коли-небудь діагностовані наступні захворювання та/або розлади органів або їх систем:			

9	Захворювання серця і судин (гіпертонічна хвороба, набуті або вроджені вади серця, кардіоміопатії, хронічна серцева недостатність, інфаркт, інсульт та ін.)?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
10	Хвороби органів дихання (туберкульоз, астма, хронічний бронхіт, хронічна легенева недостатність та ін.)?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
11	Захворювання системи травлення , а саме: печінки, жовчного міхура, підшлункової залози, кишківника та ін.?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
12	Захворювання сечостатевої системи , у тому числі нирок (пієлонефрит, гломерулонефрит, сечокам'яна хвороба, хронічна ниркова недостатність та ін.)?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
13	Захворювання органів зору та слуху? Якщо «Так», то вкажіть діагноз та кількість діоптрій (при погіршенні зору)	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
14	Захворювання ендокринної системи (захворювання щитоподібної залози, діабет та ін.)?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
15	Захворювання опорно-рухового апарату (м'язи, кістки, хребет, суглоби) та шкіри (псоріаз, екзема та ін.)?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
16	Нервові або психічні захворювання (епілепсія та ін.), чи такі симптоми як втрата свідомості, параліч, судоми?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
17	Злоякісні та/або доброякісні пухлини , захворювання крові?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
18	Інші хвороби , операції, госпіталізації, нещасні випадки, травми за останні 5 років?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
19	Чи палите Ви зараз та/або чи палили Ви протягом останніх 2 (двох) років? Якщо «Так» – вкажіть середню кількість цигарок, які Ви вкурюєте (чи вкурювали) за день	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
20	Ваш вік 60 років або більше? Якщо «Так», надайте довідку від терапевта/сімейного лікаря із зазначенням стану Вашого здоров'я на даний момент	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
21	Історія сім'ї. Чи було діагностовано Вашим батькам, рідним сестрам/братом у віці до 60 років цукровий діабет I або II типу, онкологічне захворювання, ішемічну хворобу серця, інсульт, транзиторну ішемічну атаку, інфаркт, захворювання нирок, м'язову дистрофію та ін. Якщо «Так», то вкажіть у кого, точний діагноз, вік родича на момент діагностування та чи призвело дане захворювання до летального наслідку? (наприклад: у сестри діагностовано рак молочної залози у віці 35 років, померла в 40 років)	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
22	Вкажіть повну назву медичної установи , послугами якої користуєтесь та/або з якою підписали Декларацію про надання первинної медичної допомоги: Застрахована особа _____ Страховальник ² _____		
Запитання 23 та 24 лише для жінок:			
23	Чи хворіли Ви коли-небудь на захворювання жіночих статевих органів (молочних залоз, придатків, матки)?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
24	Чи вагітні Ви зараз? Якщо «Так», надайте копію обмінної карти вагітної	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні

² На запитання загального та медичного характеру Страховальник надає відповіді виключно у разі підключення до Договору програм додаткового страхування, які передбачають звільнення Страховальника від сплати страхових внесків (код 908, 909), та якщо Страховальник та Застрахована особа – різні особи

Пояснення до запитань загального та медичного характеру

Застрахована особа _____

Страховальник² _____

До Заяви додаю наступні документи:

- * Засвідчену копію паспорта Страховальника: копії 1-2 сторінок, 3-6 сторінок (у разі наявності на них відміток) та сторінки з відміткою про реєстрацію останнього місця проживання АБО копії ліцевої та зворотної сторінки паспорта, виготовленого у формі ID-картки, та довідки з Єдиного державного демографічного реєстру про реєстрацію місця проживання.
- * Засвідчену копію довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків (ІПН) Страховальника. У разі, якщо особа відмовилася від прийняття ІПН – копія відповідної сторінки паспорту.

* **УВАГА: Правила засвідчення копій документів! Власник документу** на кожній сторінці копії документу має власноруч зробити напис **«Згідно з оригіналом»**, зазначити **дату**, свої **прізвище та ініціали** та поставити **власний підпис**.

ДЕКЛАРАЦІЯ Застрахованої особи/Страховальника

Я засвідчую, що всі відомості, зазначені мною у цій Заяві, є правдивими та повними. Я згоден, що вони будуть підставою для внесення змін до діючого Договору добровільного страхування життя і ПрАТ СК "ГІЗУ Україна страхування життя" (далі – Страховик) не несе відповідальності за ризики, у випадку, якщо хвороба, або травма, або смерть виникли з причини, яка не була зазначена в цій Заяві (свідомо або несвідомо) та яка вимагала додаткової надбавки до страхового тарифу. Я усвідомлюю, що у випадку доведення факту подання свідомо неправдивих та/або неповних відомостей, фіктивних та/або фальсифікованих документів Страховик має право відмовити у страховій виплаті.

Я даю згоду компетентним органам (правоохоронним органам, банкам, закладам охорони здоров'я), іншим фізичним та/або юридичним особам надавати (поширювати) Страховику, з метою провадження ним страхової діяльності, мої персональні дані та інші відомості щодо стану мого здоров'я, факту, причин та/або обставин настання страхового випадку.

Даю згоду на обробку моїх персональних даних (в тому числі персональних даних Застрахованої особи та Вигодонабувачів) у розумінні Закону України «Про захист персональних даних» Страховиком з метою провадження ним своєї страхової діяльності. Дана обробка може також здійснюватись будь-якими третіми особами (в тому числі іноземними суб'єктами відносин, пов'язаних із персональними даними), яким Страховик надав таке право згідно з законодавством України.

Я розумію, що будь-які виплати за Договором здійснюються за вирахуванням податків та/або зборів, передбачених законодавством України. Своїм підписом підтверджую, що з діючими на дату підписання цієї заяви Правилами добровільного страхування життя, відповідно до яких підключається та діятиме додаткове страхування, я ознайомлений та погоджуюсь.

З поновленням сплати страхового внеску, збільшенням розміру страхової суми та підключенням додаткового страхування погоджуюсь.

Зі змінами згодна,

Застрахована особа _____

Страховальник _____

підпис

прізвище, ініціали

дата

Шановний Страховальнику!

Після погодження нових умов страхування між Страховальником і Страховиком та надходження страхового внеску на рахунок Страхової компанії Вам буде надіслане нове Страхове свідоцтво.