



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

Я, Страховальник:

Договір добровільного страхування життя № _____ від «__» _____ 20__ р.	
<b>СТРАХУВАЛЬНИК</b>	_____ <small>прізвище, ім'я, по батькові</small>
Дата народження	«__» _____ р. Реєстраційний (ідентифікаційний номер) _____
Паспорт або документ, що його замінює	_____ серії _____ № _____ від «__» _____ р. <small>назва документа дата видачі</small>
Телефон	(____) _____ Електронна адреса (e-mail) _____
Адреса для листування	_____ <small>вулиця, будинок, квартира, населений пункт, район, область, індекс</small>
<b>ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА</b>	_____ <small>прізвище, ім'я, по батькові</small>
Дата народження	«__» _____ р. Реєстраційний (ідентифікаційний номер) _____
Паспорт або документ, що його замінює	_____ серії _____ № _____ від «__» _____ р. <small>назва документа дата видачі</small>
	_____ <small>назва органу, який видав документ</small>

Прошу з «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.:

**1. Дозволити мені поновити сплату страхових внесків та відповідно змінити (збільшити) розмір страхової суми<sup>1</sup> за основною програмою страхування.**

<sup>1</sup> 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 <small>(вказати назву пакету програм страхування, що зазначений у Вашому Страховому свідоцтві)</small>	
Відповідно до пакету програм _____	
Код	Назва програми додаткового страхування <small>(вказати код та назву програми додаткового страхування)</small>

**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 закінчення від профільних лікарів про стан здоров'я на сьогоднішній день.

№	Запитання	Застрахована особа	Страховальник <sup>2</sup>
1	Зріст (см)		
2	Вага (кг)		
3	Пулс (кількість ударів за 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 знаходитеся (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
<b>Чи були у Вас коли-небудь діагновані наступні захворювання та/або розлади органів або їх систем:</b>			
9	<b>Захворювання серця і судин</b> (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	<b>Хвороби органів дихання</b> (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	<b>Захворювання системи травлення</b> , 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	<b>Захворювання сечостатевої системи</b> , 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	<b>Захворювання органів зору та слуху?</b> 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	<b>Захворювання ендокринної системи</b> (захворювання щитоподібної залози, діабет та ін.)?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
15	<b>Захворювання опорно-рухового апарату</b> (м'язи, кістки, хребет, суглоби) та <b>шкіри</b> (псоріаз, екзема та ін.)?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
16	<b>Нервові або психічні захворювання</b> (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	<b>Злоякісні та/або доброякісні пухлини</b> , захворювання крові?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
18	<b>Інші хвороби</b> , операції, госпіталізації, нещасні випадки, травми <b>за останні 5 років?</b>	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
19	<b>Ваш вік 60 років або більше?</b> Якщо «Так», надайте <b>довідку від терапевта/сімейного лікаря</b> 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
20	<b>Історія сім'ї.</b> Чи було діагностовано Вашим батькам, рідним сестрам/братом <b>у віці до 60 років</b> 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
21	Вкажіть повну назву <b>медичної установи</b> , послугами якої користуєтесь та/або з якою підписали Декларацію про надання первинної медичної допомоги: <b>Застрахована особа</b> _____ <b>Страховальник<sup>2</sup></b> _____		
<b>Запитання 22 та 23 лише для жінок:</b>			
22	Чи хворіли Ви коли-небудь на <b>захворювання жіночих статевих органів</b> (молочних залоз, придатків, матки)?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
23	Чи <b>вагітні</b> Ви зараз? Якщо «Так», надайте копію <b>обмінної карти вагітної</b>	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні

<sup>2</sup> 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 \_\_\_\_\_

Страховальник<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

#### 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 "ПЗУ 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.

**Застрахована особа**

\_\_\_\_\_ підпис

\_\_\_\_\_ прізвище, ініціали

**Страховальник**

\_\_\_\_\_ підпис (МП)

\_\_\_\_\_ прізвище, ініціали

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р.

#### **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.**