



З А Я В А
про збільшення розміру страхової суми діючого договору

Я, Страхувальник:

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

Прошу з «___» _____ 20__ р.:

1. Збільшити розмір страхової суми¹ за Договором страхування в цілому шляхом сплати збільшеного страхового внеску у розмірі _____ грн.

зазначити бажаний розмір збільшеного страхового внеску

¹ страхові суми будуть розраховані актуарієм Страхової компанії в залежності від зазначеного у цій Заяві збільшеного розміру страхового внеску таким чином, щоб розміри страхових сум за всіма програмами страхування, що входять до складу Договору, збільшилися пропорційно, якщо інше не передбачено умовами окремої програми страхування

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	Страхувальник ²
1	Зріст (см)		
2	Вага (кг)		
3	Пульс (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
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	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
20	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
21	Вкажіть повну назву медичної установи , послугами якої користуєтесь та/або з якою підписали Декларацію про надання первинної медичної допомоги: Застрахована особа _____ Страховальник² _____		
Запитання 22 та 23 лише для жінок:			
22	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
23	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 _____

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. Зі збільшенням розміру страхової суми погоджуюсь.

Застрахована особа

_____ підпис

_____ прізвище, ініціали

Страховальник

_____ підпис

_____ 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.