



Страхування
ЖИТТЯ

Приватне акціонерне товариство "Страхова компанія
"ПЗУ Україна страхування життя" Центральний офіс

Дана Анкета є невід'ємною частиною
Заяви на страхування/Заяви про внесення змін
до Договору страхування, що зазначена у Анкеті,
та стає після отримання її Страховиком невід'ємною частиною
Договору добровільного страхування життя,
укладеного/зміненого на підставі такої заяви

Анкета «Воєнний стан в Україні»

щодо фактичного місця проживання, роботи та інших занять Застрахованої особи

(у разі страхування дитини інформація щодо Застрахованої особи заповнюється одним з батьків
(опікунів, піклувальників))

Прошу дану Анкету додати до Заяви про внесення змін до Договору добровільного страхування життя

№ _____ від _____ р. (надалі- Договір страхування)

ПІБ Страхувальника _____

ПІБ Застрахованої особи _____

1. Питання до Страхувальника:

1.1.	Зазначте країну, податковим резидентом якої є Страхувальник	<input type="checkbox"/> УКРАЇНА	<input type="checkbox"/> Інша країна
		_____ (вказіть назву країни)	
1.2.	РНОКПП (реєстраційний номер облікової картки платника податків, раніше індивідуальний податковий номер (ІПН))	_____	

2. Питання до Застрахованої особи:

№	Запитання	Відповіді з детальними поясненнями
2.1.	Дата народження Застрахованої особи	_____
2.2.	Вкажіть будь ласка повну адресу фактичного перебування Застрахованої особи	_____ _____
2.3.	Чи змінила Застрахована особа місце свого постійного проживання/ перебування в зв'язку з військовою агресією російської федерації проти України?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Якщо «ТАК» , то обов'язково необхідно надати -копію Довідки про внутрішньо переміщену особу або копію сторінки паспорта з реєстрацією нового місця проживання -копію документа, що підтверджує тимчасовий захист або отримання статусу біженця або інший документ, що підтверджує Ваш статус, копію всіх сторінок закордонного паспорта в разі перебування за кордоном
2.4.	Чи є Застрахована особа військовим чи особою, мобілізованою до лав Збройних сил України чи Сил територіальної оборони, інших військових підрозділів, в т.ч. добровольчих?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Якщо «ТАК» , то вкажіть детальну інформацію _____ _____ _____
2.5.	Чи виїжджає Застрахована особа в регіони, де ведуться воєнні (бойові) дії чи на території України, тимчасово окуповані/ заблоковані/оточені військами Російської Федерації, та прилеглі до них регіони України, в т.ч., але не обмежуючись, як журналіст чи волонтер?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Якщо «ТАК» , то вкажіть детальну інформацію _____ _____ _____

2.6. Чи допомагає Застрахована особа працівникам, ЗСУ, МВС (ДСНС, поліції, пожежникам) тощо проводити рятувальні/ аварійні роботи чи заходи з евакуації населення з небезпечних зон, доставку гуманітарної чи іншої допомоги?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Якщо «ТАК» , то вкажіть детальну інформацію (вид та місце здійснення діяльності, Ваші обов'язки та іншу важливу інформацію): _____ _____
--	---

3. Декларація Застрахованої особи (Страховальника):

Страховальник та Застрахована особа засвідчують, що всі відомості, зазначені у цій Анкеті, є правдивими та повними, і заявляють, що вся інформація надана в цій Анкеті при повній свідомості. Страховальник та Застрахована особа розуміють, що дана Анкета та додані до неї документи містять істотну інформацію для оцінки страхового ризику. Застрахована особа та Страховальник несуть персональну відповідальність за повноту, актуальність та достовірність інформації, вказаної вище та/або в інших документах, що надаються разом з цією Анкетною, а також за надання будь-якої додаткової інформації, що вимагає Страховик для оцінки ризику.

Страховальник та Застрахована особа надають свою згоду на те, що:

- 3.1.** В разі додавання цієї Анкети «Воєнний стан в Україні» до Заяви про внесення змін до Договору страхування Страховик під час розгляду Заяви про внесення змін до Договору страхування, в тому числі відновлення дії Договору страхування, без додаткового погодження Страховальника та Застрахованої особи може відмовити в підключенні програм додаткового страхування, що передбачають звільнення Страховальника від сплати страхових внесків за основним страхуванням у разі смерті Страховальника з будь-якої причини або встановлення Страховальнику інвалідності I або II групи з будь-якої причини (код програм – 908 та 909) або в підключенні програм додаткового страхування на випадок встановлення Застрахованій особі інвалідності.
- 3.2.** Розмір страхової суми кожною програмою страхування та інші умови страхування будуть зазначені Страховиком у Страховому свідоцтві.

Страховальник

Застрахована особа

_____	_____	_____
підпис	ім'я, прізвище	дата
_____	_____	_____
підпис	ім'я, прізвище	дата