



Страховання  
життя

Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «ПЗУ Україна страхування життя»  
Центральний офіс

Додаток 7  
до Інструкції про порядок внесення змін  
до діючих договорів добровільного страхування життя  
за ініціативою Страхувальників – фізичних осіб

**підключення додаткового страхування**

### ЗАЯВА

про внесення змін до діючого Договору добровільного страхування життя

**Я, Страхувальник:**

<b>Договір добровільного страхування життя</b>		№ _____	від «___» _____ 20__ р.										
<b>СТРАХУВАЛЬНИК</b>	_____ <i>прізвище, ім'я, по батькові</i>												
Дата народження	«___» _____ р.	Реєстраційний (ідентифікаційний номер)	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
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)												
<b>ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА</b>	_____ <i>прізвище, ім'я, по батькові</i>												
Дата народження	«___» _____ р.	Реєстраційний (ідентифікаційний номер)	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
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. підключити до Договору такі програми додаткового страхування<sup>1</sup>  
(вказати код, назву програм додаткового страхування та бажаний розмір страхової суми):

Код	Назва програми додаткового страхування (вказати код та назву програми додаткового страхування)	Розмір страхової суми, грн. <i>обрати один варіант</i>	
		дорівнює страховій сумі за основним страхуванням	інший (вказати розмір)
		ВАРІАНТ 1	ВАРІАНТ 2
		<input type="checkbox"/> Так	_____
		<input type="checkbox"/> Так	_____
		<input type="checkbox"/> Так	_____
		<input type="checkbox"/> Так	_____

<sup>1</sup> Розміри страхових внесків за кожною програмою додаткового страхування, що підключається до Договору, та загальний розмір страхового внеску розраховується актуарієм Страхової компанії в залежності від розмірів страхових сум, зазначених вище

### Надаю інформацію загального та медичного характеру для оцінки ризику (Медичну анкету):

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 <sup>2</sup>
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
<b>Чи були у Вас коли-небудь діагновані наступні захворювання та/або розлади органів або їх систем:</b>			
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	<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 <b>крові</b> ?	<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>Чи палите Ви</b> 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	<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
21	<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
22	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 23 та 24 лише для жінок:</b>			
23	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
24	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> \_\_\_\_\_

#### 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 лицевої та зворотної сторін 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 паспорта.

\* **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 Страховальника. Декларація Застрахованої особи

Я засвідчую, що всі відомості, зазначені мною у цій Заяві, є правдивими та повними, і заявляю, що вся інформація надана мною при повній свідомості. Я приймаю на себе відповідальність за повноту та достовірність інформації, що надається в цій Заяві та/або інших документах, а також за своєчасність надання додаткових документів чи додаткової інформації та/або проходження Застрахованою особою медичного огляду, що вимагає Страховик для оцінки ризику. Я усвідомлюю, що у разі надання неповної чи неправдивої інформації та/або приховування відомостей, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, в цій Заяві та/або додаткових документах, які вимагає Страховик для оцінки ризику, або у Заяві про виплату, а також у разі несвоєчасного повідомлення про настання страхового випадку без поважних на це причин чи створенні перешкод у визначенні обставин та характеру настання страхового випадку, Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати чи провести страхову виплату у розмірі, визначеному Страховиком з урахуванням відомостей, що не були йому відомі під час встановлення (зміни) умов страхування, та/або достроково припинити дію програми страхування та/або Договору чи внести зміни до умов страхування.

Я цілком розумію, що Страховик має право відмовити у страховій виплаті у разі (1) надання Страховальником та/або Застрахованою особою та/або Вигодонабувачем свідомо неправдивих та/або неповних відомостей, фіктивних та/або фальсифікованих документів про предмет Договору при підключенні чи поновленні дії програм страхування, зміні умов страхування, або про факт чи обставини настання страхового випадку; (2) несвоєчасного повідомлення про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та причин настання страхового випадку та/або його наслідків, у тому числі у разі заборони, накладеної Застрахованою особою, Страховальником чи Вигодонабувачем на надання (розголошення) компетентними органами інформації чи документів, що вимагає Страховик для прийняття рішення про визнання випадку, що стався із Застрахованою особою, страховим.

Я даю згоду усім компетентним органам (органам державної та виконавчої влади, правоохоронним органам, закладам охорони здоров'я, рятувальним, аварійним, пожежним службам, іншим підприємствам, установам, організаціям, до компетенції яких належить визначення фактів, причин, обставин та/або наслідків настання певних подій, які відповідно до Правил страхування вважаються страховими випадками, а також оформлення і видача відповідних підтверджуючих документів), медичним працівникам, іншим фізичним та/або юридичним особам надавати (поширювати) Страховику, з метою провадження ним страхової діяльності, мої персональні дані та відомості щодо стану мого здоров'я, факту та/або обставин настання страхового випадку.

Даю згоду на обробку моїх персональних даних 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 (асистуючими компаніями, перестраховиками, іноземними суб'єктами відносно, пов'язаних із персональними даними, та ін.), яким Страховик надав таке право згідно з законодавством України.

Своїм підписом підтверджую, що з діючими на дату підписання цієї заяви умовами, відповідно до яких підключається та діятиме додаткове страхування, я ознайомлений та 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**