



### З А Я В А

про відновлення (збільшення) розміру страхової суми редукованого договору

Я, Страхувальник:

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

Прошу ПрАТ СК «ПЗУ Україна страхування життя» (надалі – Страховик) з «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.:

1. Дозволити мені поновити сплату страхових внесків та встановити наступний розмір страхового внеску за Договором: \_\_\_\_\_ грн. (зазначити розмір страхового внеску), який я зобов'язуюсь сплачувати з наступною періодичністю (позначити  обрану періодичність сплати внесків):

щорічно     два рази на рік     \_\_\_\_\_ (зазначити)

2. Відповідно змінити (збільшити) розмір страхової суми встановленої за страховим ризиком/страховим випадком за основним страхуванням та підключити до Договору (включити у страхове покриття) такі страхові ризики за додатковим страхуванням (вказати назву страхового продукту, що зазначений у Вашому Страховому свідоцтві, та повний перелік страхових ризиків за додатковим страхуванням):

| Назва страхового продукту _____ |   |
|---------------------------------|---|
| Код                             | Назва страхового ризику за додатковим страхуванням<br>(вказати код та назву страхового ризику за додатковим страхуванням) |
|                                 |   |
|                                 |   |
|                                 |   |
|                                 |   |

3. Встановити страхові суми за всіма страховими ризиками згідно з розрахунками актуарія Страховика у відповідності до запропонованого мною розміру страхового внеску.

4. Прошу відновити\* щорічне надсилання мені листів-пропозицій про збільшення розміру страхової суми, що відбувається з ініціативи Страховика (індексацію), на весь подальший строк дії Договору. (необхідне позначити «✓»):

Так, автоматичну індексацію приймаю

Ні, відмовляюся від індексації та розумію, що збільшення страхових внесків та сум за Договором мені не пропонуватиметься

**\*Рішення щодо поновлення індексації буде прийнято після погодження андеррайтером Страховика**

### 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                                       |
|----|---|--|
| 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», вкажіть назву компанії та розмір страхової суми за кожним договором   | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 6  | Чи плануєте Ви поїздки до країн Африки (окрім Єгипту та Тунісу), Азії та/або країн з небезпечною епідостановкою (часті епідемії, вірусні хвороби, які характерні для даної місцевості), та таких, де відбуваються воєнні дії або громадські заворушення? Якщо «Так», вкажіть куди саме та з якого приводу:  | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 7  | Чи займаєтесь Ви регулярно авіацією, пірнанням у воду, плаванням з аквалангом, парашутним спортом, дельтапланеризмом, автомобільними перегонами, гірськолижним, воднолижним, парусним спортом, альпінізмом, спелеологією, боксом, кінним спортом та/або іншими небезпечними видами спорту/хобі. Якщо «Так», вкажіть вид спорту:   | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 8  | Чи приймаєте Ви систематично участь у спортивних змаганнях? Якщо «Так», вкажіть вид спорту, рівень змагань та кількість змагань на рік:   | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 9  | Чи знаходитесь (знаходились) Ви на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, онкологічних, шкірно-венерологічних диспансерах, центрах із профілактики та боротьби зі СНІДом? Якщо «Так», то вкажіть з приводу якого діагнозу, найменування закладу, дату постановки та/або дату зняття з обліку та надайте довідку, яка підтверджує даний факт.                 | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 10 | Чи хворіли Ви коли-небудь наступними захворюваннями та/або відмічали такі симптоми як:  | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 11 | Хвороби серцево-судинної системи (ендокардит, аритмія, ішемічна хвороба, гіпертонічна хвороба тощо) або відповідні симптоми (шуми, прискорене серцебиття, задишка тощо)? Підвищений артеріальний тиск, захворювання судин, порушення кровообігу? Порушення мозкового кровообігу (інсульт тощо)? Якщо «Так», надайте заключення лікаря про стан Вашого здоров'я на теперішній час. | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 12 | Хвороби органів дихання (туберкульоз, астма, бронхіт тощо), алергічні захворювання/реакції (в т.ч. афілактичний шок, набряк Квінке тощо)? Якщо «Так», надайте заключення лікаря про стан Вашого здоров'я на теперішній час.   | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 13 | Хвороби системи травлення, а саме: печінки, жовчного міхура, підшлункової залози, кишківника тощо (виразкова хвороба, гепатит В, С, D, E, гастрит, холецистит тощо) та/або тривалі та періодично повторювані симптоми, такі як діарея, закрепи, печія тощо? Якщо «Так», надайте заключення лікаря про стан Вашого здоров'я на теперішній час.                                     | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 14 | Хвороби сечовивідної системи (нирки, сечоводи, сечовий міхур, сечовивідний канал): пієлонефрит, гломерулонефрит, сечокам'яна хвороба тощо). Якщо «Так», надайте заключення лікаря-уролога/нефролога.  | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 15 | Дермато-венеричні захворювання (сифіліс, псоріаз, екзема тощо)? Якщо «Так», надайте заключення лікаря про стан Вашого здоров'я на теперішній час.   | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 16 | Хвороби органів зору та слуху. Якщо «так», то надайте заключення ЛОРа та/або офтальмолога про стан здоров'я на теперішній час.  | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 17 | За захворювання ендокринної системи (захворювання щитоподібної залози, цукровий діабет тощо). Якщо «Так», надайте заключення лікаря про стан Вашого здоров'я на теперішній час.   | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 18 | Чи є/були раніше у Вас злоякісні та/або доброякісні пухлини, захворювання крові? Чи проходили Ви курс хіміотерапії та/або радіотерапії? Якщо «Так», надайте заключення лікаря про стан Вашого здоров'я на теперішній час.   | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 19 | Хвороби опорно-рухового апарату (м'язи, кістки, хребет, суглоби тощо), а також системні захворювання (СЧВ, склеродермія, хвороба Бехтерева тощо). Якщо «Так», надайте заключення лікаря про стан Вашого здоров'я на теперішній час.   | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |

|  |  |  |
|--|--|--|
| 20   | Хвороби нервової системи, розлади психіки та поведінки (розсіяний склероз, епілепсія, шизофренія тощо), чи симптоми (тимчасова втрата свідомості, параліч, судоми)? Якщо «Так», надайте заключення лікаря про стан Вашого здоров'я на теперішній час.  | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 21   | Інші хвороби, операції, госпіталізації, нещасні випадки, травми, які призвели до втрати працездатності на строк більше 30 днів безперервно. Якщо «Так», то надайте копії довідок/виписок із карти амбулаторного/стаціонарного хворого із зазначенням діагнозу/-ів.   | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 22   | Чи була Вам коли-небудь встановлена інвалідність I, II або III групи? Якщо «Так», вкажіть групу, з приводу якого захворювання та на який строк? Надайте довідку із зазначенням діагнозу, з приводу якого Вам була встановлена інвалідність. Якщо на даний момент інвалідність знято, надайте довідку-підтвердження.  | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 23   | Чи Ви курите або курили раніше більше, ніж 20 цигарок за день?   | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 24   | 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 |
| 25   | Будь-які хвороби чоловічих статевих органів (яєчка та придатки, передміхурова залоза тощо): простатит, аденома простати тощо. Якщо «Так», надайте заключення лікаря-уролога. (лише для чоловіків)  | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 26   | Будь-які хвороби жіночої статевої системи та молочних залоз? Якщо «Так», надайте заключення лікаря. (лише для жінок)   | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 27   | Чи вагітні Ви зараз? Якщо «Так», надайте копію обмінної карти вагітної. (лише для жінок)   | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 28   | Чи були у Вас хірургічні втручання, якщо «так», то вкажіть, які саме і коли.   | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 29   | Сімейний анамнез: чи було діагностовано Вашим кровним родичам (батьку, матері, брату, сестрі, діду, бабі, дітям) у віці до 60 років цукровий діабет I або II типу, онкологічне захворювання (рак молочної залози, яєчника, прямої/товстої кишки, меланоми тощо), захворювання серцево-судинної та нервової системи (ішемічна хвороба серця, інсульт, транзиторні ішемічні атаки, інфаркти), захворювання нирок, м'язові дистрофії тощо. Якщо «Так», то вкажіть у кого, точний діагноз, вік родича на момент діагностування та чи привело дане захворювання до летального наслідку? (напр. у сестри діагностовано рак молочної залози у віці 35 років, померла в 40 років). | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 30   | Вкажіть повну назву медичної установи, послугами якої користуєтесь та/або з якою підписали Декларацію про надання первинної медичної допомоги:   |  |
| <p>Якщо Ви надали на будь-яке з запитань 8–29 відповідь «так» — будь ласка, детально поясніть це нижче та надайте медичні документи, що підтверджують встановлений діагноз та стан здоров'я на даний момент. (Увага! Приймаються довідки, видані протягом останніх 3-х місяців).</p> |  |  |

#### До цієї Заяви додаю наступні документи:

- \*\* Засвідчену копію паспорта Страхувальника: копії 1-2 сторінок, 3-6 сторінок (у разі наявності на них відміток) та сторінки з відміткою про реєстрацію останнього місця проживання АБО копії лицьової 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 (РНОКПП) Страхувальника. Якщо особа відмовилася від прийняття РНОКПП – 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 Застрахованої особи/Страхувальника

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 і Страховик не несе відповідальності за страховими ризиками, 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, такі події страховими випадками не визнаються, страхові виплати за такими подіями не здійснюються. 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.

З поновленням сплати страхового внеску, його розміром, збільшенням розміру страхової суми та включенням до умов Договору страхових ризиків за додатковим страхуванням погоджуюсь.

Зі змінами згоден(-на),

**Застрахована особа**

\_\_\_\_\_

**Страхувальник**

\_\_\_\_\_

*підпис*

\_\_\_\_\_

*прізвище, ініціали*

\_\_\_\_\_

*дата*

***Шановний Страхувальнику!***

***Після погодження запропонованих Вами нових умов страхування Страховиком та надходження страхового внеску на рахунок Страховика Вам буде надіслана нова редакція Страхового свідоцтва.***