

\_\_\_\_\_ (прізвище та ініціали Страхувальника)  
 проживає за адресою: \_\_\_\_\_

документ, що посвідчує особу:  
 паспорт: № (серія) \_\_\_\_\_  
 Ідентифікаційний номер\*: \_\_\_\_\_  
 Контактний телефон: +38 (0\_\_ ) \_\_\_\_\_  
 +38 (0\_\_ ) \_\_\_\_\_  
 Електронна адреса: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**ЗАЯВА ПРО ЗМІНУ СТРАХУВАЛЬНИКА**  
 за Договором страхування № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_, виступаючи Страхувальником  
 (прізвище та ініціали Страхувальника)  
 за договором страхування життя № \_\_\_\_\_, прошу внести зміни у вищезазначений договір у частині "Страхувальник", вважати Страхувальником за Договором:

Прізвище:	Ім'я:	По батькові:
ІНПІ:	Стать: <input type="checkbox"/> Чол. <input type="checkbox"/> Жін.	Дата народження: _____ р.
Паспорт: Серія: _____	Номер: _____	Сімейний стан:
Місце роботи: _____	Посада:	
Сфера діяльності: _____	Основні обов'язки:	
Контактна адреса для кореспонденції: _____		
Контактні телефони:	Моб.: _____	Дом.: _____ e-mail: _____

Даю згоду на відповідну зміну розміру страхової премії:

\_\_\_\_\_  гривень  євро

При цьому розмір страхового покриття за договором залишається незмінним.  
 Прошу випустити дублікат страхового полісу із зазначенням вищевказаних змін.

**Додаткова інформація:** \_\_\_\_\_

До Заяви додаються:

1. Копії усіх заповнених сторінок паспорта заявленого Страхувальника;
2. Копія ІПН заявленого Страхувальника;
3. Анкета щодо стану здоров'я Застрахованого/Страхувальника

Дата: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_р. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 підпис ПІБ Страхувальника

«Приймаю обов'язки Страхувальника» \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 підпис ПІБ заявленого Страхувальника

«Із запропонованими змінами згоден/а» \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 підпис ПІБ Застрахованого

## Анкета щодо стану здоров'я Застрахованого та Страхувальника

(Відповіді на наведені нижче запитання мають дати Застрахований та Страхувальник)

№	ЗАПИТАННЯ:	Застрахований		Страхувальник	
		зріст см	вага кг	зріст см	вага кг
1	Зріст (см) / Вага (кг) та артеріальний тиск:	АТ /		АТ /	
2	Чи є лікар або поліклініка, куди Ви звертаєтесь у разі потреби в медичних послугах? Якщо так, вкажіть ПІБ/Назву, адресу та телефон:	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні		<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	
3	Чи було Вам коли-небудь встановлено групу інвалідності? Якщо так, то вкажіть дату встановлення/зняття та з якого приводу.	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні		<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	
4	Чи було Вам коли-небудь діагностовано онкологічне захворювання?	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні		<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	
5	Якщо так, то вкажіть дату, мету останньої консультації/аналізу та результат спеціалізованих диспансерів, в центрі профілактики та боротьби зі СНІДом? Якщо так, то вкажіть найменування закладу, дату постановки/зняття з обліку.	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні		<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	
6	Чи зверталися Ви за консультацією, лікуванням чи аналізом крові на наявність вірусних захворювань (таких як гепатит, СНІД тощо)?	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні		<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	
7	Якщо так, то вкажіть дату, мету останньої консультації/аналізу та результат лікування. Чи лікувалися Ви або лікуєтесь від наступних захворювань? Якщо так, вкажіть рік виникнення захворювання, діагноз та ступінь захворювання на даний момент:				
	7.1) високий тиск крові, інсульт, інфаркт або інші серцево-судинні хвороби?	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні		<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	
	7.2) туберкульоз, астма, бронхіт, пневмонія, плеврит або інші захворювання дихальної системи?	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні		<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	
	7.3) будь-які розлади нирок, сечового міхура або сечостатевої системи?	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні		<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	
	7.4) діабет або інші порушення ендокринної системи?	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні		<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	
	7.5) гастрит, коліт, язва шлунку або інші порушення системи травлення та хвороби підшлункової залози та печінки?	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні		<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	
	7.6) анемія, інші захворювання крові та лімфатичної системи?	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні		<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	
	7.7) ревматизм, артрит, подагра або інші хвороби кісток та суглобів?	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні		<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	
	7.8) епілепсія, втрата свідомості або інші порушення психіки та/або нервової системи?	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні		<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	
	7.9) захворювання, що передаються статевим шляхом, включаючи гепатити?	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні		<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	
	7.10) будь-які захворювання, травми, що не наведені вище?	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні		<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	
	7.11) чи є зараз у Вас скарги на здоров'я, через які Ви маєте намір звернутися до лікаря? Якщо так, дайте пояснення.	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні		<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	
8	Чи перенесли Ви будь-яку хірургічну операцію, нещасний випадок, чи маєте фізичні вади або ушкодження? Якщо так, то вкажіть дату, діагноз, та наявність ускладнень на теперішній момент.	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні		<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	
9	Чи має або мав хтось із Ваших найближчих родичів високий тиск крові, цукровий діабет, захворювання серця, психічні хвороби, пухлини, туберкульоз, вроджену ваду розвитку або інші спадкові захворювання? Якщо так, вкажіть, хто та діагноз:	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні		<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	
10	а) Чи палите Ви? Якщо так, то скільки цигарок на день _____ / тиждень _____? Як давно?	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні		<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	
	б) Якщо Ви кинули палити, вкажіть, як давно _____ і причину:	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні		<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	
11	Чи споживаєте Ви алкогольні напої? Якщо так - вкажіть як часто, їх кількість та вид (міцні напої, вино, пиво): на тиждень <input type="checkbox"/> / на місяць <input type="checkbox"/> _____ л _____	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні		<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	
	<b>Для жінок:</b>				
12	а) Чи Ви вагітні на даний момент? Якщо так, вкажіть термін: _____ тижнів та опишіть перебіг вагітності:	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні		<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	
	б) Чи маєте Ви захворювання молочних залоз, гінекологічні хвороби?	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні		<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	
13	Чи займаєтеся Ви спортом? Якщо так, то яким? _____	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні		<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	
	З якою регулярністю? _____ Професійно <input type="checkbox"/> / Оздоровчо <input type="checkbox"/>				
14	Чи була коли-небудь відхилена / відкладена Ваша заява на страхування, чи прийнята на особливих умовах? Якщо так, вкажіть коли, якою страховою компанією та _____	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні		<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	
15	Чи маєте Ви або мали укладений Договір страхування життя, чи подавали заяву на його укладання? Якщо так, вкажіть коли, страхову компанію, розмір страхової суми, строк дії Договору страхування: _____	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні		<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	
Якщо Ви відповіли на наведені вище запитання „ТАК”, будь-ласка, поясніть це нижче. У цьому випадку Страховик має право отримати від Застрахованого та Страхувальника додаткові медичні документи, висновки спеціалістів, результати медичного обстеження, медичні аналізи, УЗД тощо. Рішення про прийняття на страхування здійснюється тільки після отримання відповідних документів та висновку андеррайтера.					
№ запитання	Деталізовані відповіді Застрахованого та Страхувальника на запитання				

**УВАГА!** Свідоме подання неправдивих відомостей про стан Вашого здоров'я, надає право Страховику відмовити у здійсненні страхової виплати. Страховик гарантує зберігання у таємниці всіх вказаних у цій Заяві відомостей стосовно стану Вашого здоров'я.

## Підписи сторін:

Застрахований:

прізвище, ініціали

підпис

(у випадку страхування особи віком до 18 років - Законний опікун/ піклувальник/ усиновлювач):

Правомірність надання згоди виключно одним із батьків (Законних опікунів/ піклувальників/ усиновлювачів) підтверджую наступними

Страхувальник:

прізвище, ініціали

підпис

Дата \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ р.