
(*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 УМОВ СТРАХУВАННЯ
за Договором страхування № _____ від _____

Я, _____, виступаючи Страхувальником
(*прізвище та ініціали Страхувальника*)
за договором страхування життя № _____, прошу збільшити страхову премію
на 10%, 20%, 50%, встановивши такі умови договору:

- Щорічна страхова премія _____, грн., страхове покриття за основною програмою _____, грн.
 Що півроку страхова премія _____, грн., страхове покриття за основною програмою _____, грн.

При цьому страхові суми за додатковими ризиками залишаються незмінними.

До заяви додається:

- заповнена Анкета щодо стану здоров'я Застрахованого/Страхувальника;
- копія квитанції про сплату страхової премії.

Додаткова інформація: _____

Дата: « » _____ 202_р.

...../.....
підпис прізвище та ініціали Страхувальника

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 АТ _____ / _____	зріст _____ см вага _____ кг АТ _____ / _____
1	Зріст (см) / Вага (кг) та артеріальний тиск:		
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	Чи перебуваєте Ви на обліку в психоневрологічному, наркологічному, протитуберкульозному, шкіровенерологічному чи інших спеціалізованих диспансерах, 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)? Якщо так, то вкажіть дату, мету останньої консультації/аналізу та результат.	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
7	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
12	Для жінок: 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 займаєтесь Ви спортом? Якщо так, то яким? _____ З якою регулярністю? _____ Професійно <input type="checkbox"/> Оздоровчо <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
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

Для пакету програми «БРАВО» заповнення Анкети не є обов'язковим, достатньо відповісти на загальне питання:

Підтверджую, що не маю групи інвалідності, не вживаю наркотиків, токсичних речовин з метою токсичного сп'яніння, не страждаю на алкоголізм, не перебуваю на обліку в наркологічному, психоневрологічному, туберкульозному, шкірно-венеричному та інших диспансерах (центрах); не маю злоякісних онкологічних захворювань, захворювань сполучної тканини (системний червоний вовчак, склеродермія), захворювань серцево-судинної системи (інфаркт міокарду, інсульт, гіпертонічна хвороба), центральної/периферичної нервової системи, легеневої системи (емфізема, туберкульоз, саркоїдоз), ендокринної системи (цукровий діабет, захворювання щитоподібної залози, захворювання гіпофізу), сечовивідної системи (ниркова недостатність, кісти нирок, пієлонефрит, гломерулонефрит), захворювань системи травлення (неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона, пухлини різної локалізації, гепатит В,С); СНІД (ВІЛ-інфекція).

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.