

Додаток до Заяви № _____

(Невід'ємна частина Договору Страхування)

Надалі я – заявлена Застрахована Особа / Страхувальник – заявляю, що:

1.	Заявлена Застрахована Особа	Заявлений Страхувальник
а)	Зріст (см) Вага (кг)	Зріст (см) Вага (кг)
б)	Ви лівша? <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	Ви лівша? <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
в)	Вкажіть середню кількість цигарок, сигар або інших тютюнових виробів, які Ви споживаєте зараз або споживали протягом останніх 24 місяців на день? шт.	Вкажіть середню кількість цигарок, сигар або інших тютюнових виробів, які Ви споживаєте зараз або споживали протягом останніх 24 місяців на день? шт.
г)	Чи вживаєте алкогольні напої? Вкажіть: кількість на тиждень (л) та вид	Чи вживаєте алкогольні напої? Вкажіть: кількість на тиждень (л) та вид
д)	Вкажіть Ваш сукупний дохід: грн. на місяць та чистий дохід: грн. на місяць	Вкажіть Ваш сукупний дохід: грн. на місяць та чистий дохід: грн. на місяць
е)	Чи маєте або мали укладений інший Договір Страхування життя або подали заяву на його укладання (якщо так - вкажіть у п.3.10. компанію, Страхову Суму)	
е)	Чи керуєте/плануєте керувати мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб.см, окрім спортивних та погоджуєтесь зробити відповідну доплату згідно розрахунку Страховика <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	Чи керуєте/плануєте керувати мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб.см, окрім спортивних та погоджуєтесь зробити відповідну доплату згідно розрахунку Страховика <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
Надалі я – заявлена Застрахована Особа / Страхувальник – заявляю, що:		
2.	Я не вживаю та ніколи не вживав жодних наркотичних, психотропних або інших речовин, що викликають залежність.	
3.	Я не постраждав від нещасних випадків, не переніс жодної хірургічної операції та/або не був госпіталізований. Я не лікувався та/або не обстежувався з приводу алкогольної та/або наркотичної залежності, психічних або нервових розладів, онкологічних захворювань, захворювань серця та/або судин, діабету, інсульту, паралічу, захворювань сечовивідних шляхів, хронічних захворювань нирок, печінки, легень та/або органів дихання, шлунково-кишкового тракту, або з приводу інших загострень хронічних захворювань, захворювань щитоподібної залози та/або розладів ендокринної системи, захворювань репродуктивної системи, захворювань очей та/або порушень зору, захворювань носа, вух, горла. Я ніколи не був поінформований, що маю ВІЛ, не лікуюсь та ніколи не був направлений на лікування СНІДу або хвороб, пов'язаних з ВІЛ/СНІД, та ніколи не мав позитивного результату аналізу крові на антитіла до вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ).	
4.	На момент підписання цієї Заяви я не проходжу жодних обстежень, мені не призначено жодних діагностичних процедур, хірургічних втручань, я не лікуюсь зараз та не маю жодних показань для госпіталізації; не є непрацездатним та мені ніколи не було встановлено інвалідність; я не перебуваю у відпустці по догляду за малолітньою дитиною та не мала жодних ускладнень під час пологів.	
5.	Ніхто з моїх близьких родичів (батько, мати, брат, сестра, син, дочка) не мав та не має спадкових захворювань, вроджених вад розвитку, онкологічних захворювань, психічних розладів, захворювань серця, нирок, печінки, підшлункової залози, органів дихальної системи, не хворів та не хворіє на СНІД або хвороби, пов'язані зі ВІЛ/СНІД, та ніколи не мав позитивного результату аналізу крові на антитіла до вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ).	
6.	1. Здійснення моїх безпосередніх службових обов'язків не передбачає залучення до небезпечних видів діяльності; 2. Не маю намірів брати участь у будь-якому виді перегонів, займатися дайвінгом (глибше, ніж на 40 м), альпінізмом, мотоциклетним, парашутним спортом або будь-яким іншим небезпечним видом спорту.	
7.	Протягом останніх двох років я не подорожував безперервно (більше трьох тижнів протягом однієї подорожі), за межами моєї країни проживання та не планую змінювати країну проживання або постійно проживати у іншій країні.	
8.	Я надав інформацію щодо належності до національних, іноземних публічних діячів та діячів, що виконують політичні функції в міжнародних організаціях, їх близьких осіб або пов'язаних з ними осіб у відповідності та в розумінні Закону України 'Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення \ №1702-VII, від 14.10.2014 р. У разі, якщо Страхувальник/Застрахована Особа отримує статус вищезазначених категорій осіб, він зобов'язаний впродовж 1 робочого дня повідомити про це Страховика.	
9.	Якщо Застрахована Особа – дитина у віці до 18 років: Востаннє відвідувала педіатра/або будь-якого іншого лікаря: місяць, рік, причина:	
10.	<p>Я не погоджуюсь лише з такими пунктами блоку «ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО ЗАЯВЛЕНОЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ/ЗАЯВЛЕНОГО СТРАХУВАЛЬНИКА», надаю таку додаткову інформацію та медичні висновки:</p> <p>Увага! Обов'язково зазначаєте пункт анкети та вкажіть особу, щодо якої наводиться додаткова інформація.</p> <p>У разі необхідності скористайтесь додатковим аркушем, засвідчіть його власним підписом, зазначте дату підписання та додайте до Заяви.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Я відмовляюся проходити медичний огляд та даю свою згоду на умови страхування, запропоновані Страховиком.</p>	

Дата: " ____ " _____ 202__ р.

Підпис _____