

**Тимчасовому виконавчу обов'язків  
Голови Правління  
АТ «СК «Оранта-Життя»  
Сфімову М. А.**

\_\_\_\_\_  
Прізвище, ім'я, по батькові Страхувальника (повністю) (для фіз. осіб) / назва Страхувальника (для юр. осіб)

\_\_\_\_\_  
адреса (поштовий індекс, країна, область/район, населений пункт, вулиця, № будинку, № квартири), телефон Страхувальника

**ЗАЯВА  
НА ВІДНОВЛЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ**

Я, Страхувальник, \_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я по-батькові, дата народження)

паспорт \_\_\_\_\_  
(серія, номер, коли та ким виданий)

Прошу відновити Договір страхування життя № \_\_\_\_\_

за програмою \_\_\_\_\_ укладений від « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_  
(назва програми страхування) (число) (місяць) (рік)

Застрахованною особою за яким є \_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я по-батькові, дата народження )

паспорт \_\_\_\_\_  
(серія, номер, коли та ким виданий)

Додатково повідомляю:

Професія та вид діяльності Страхувальника \_\_\_\_\_

Професія та вид діяльності Застрахованої особи \_\_\_\_\_

**Декларація Страхувальника та Застрахованої особи**

Підписанням даної Заяви я визнаю, що остання може бути підставою для відновлення Договору страхування життя на початкових умовах або з урахуванням нових умов, викладених в Додатку №1 до Заяви.

Мені відомо, що договір страхування життя буде відновлено після погодження Заяви Страховиком та сплати мною заборгованості по оплаті страхових внесків (пені, штрафів, тощо) у повному обсязі.

Я погоджуюсь з тим, що згода Страховика на відновлення договору страхування оформлюється шляхом підписання додаткової угоди до договору та вступає в силу з моменту підписання її обома сторонами.

Мені відомо, що Страховик має право вимагати інформацію стосовно стану здоров'я Застрахованої особи чи Страхувальника і, в залежності від отриманих даних, встановити інші умови відновлення страхової суми.

Своїм підписом я підтверджую, що мені відомо, що в окремих випадках Страховик може відмовити у відновленні договору страхування та запропонувати укласти новий договір страхування життя.

Я шляхом підписання цього тексту надаю згоду Приватному акціонерному товариству «Страхова компанія «Оранта-Життя» на збір, оброблення та використання інформації про мене з обмеженим доступом (моїх персональних даних) з метою внесення змін по вищевказаному Договору/Полісу страхування.

Наведена вище інформація також може надаватись третім особам, які можуть мати безпосереднє відношення до укладання, виконання, розірвання Договору/Полісу страхування та/або отримання страхового відшкодування, а також в інших випадках, передбачених чинним законодавством.

Я надаю право будь-якому лікарю, лікарні, клініці, надавачу медичних послуг, страховій компанії або будь-якій іншій компанії, закладу, будь-якій іншій особі, яка має який-небудь запис або інформацію про мене, надати Страховику повну інформацію, включаючи копії записів про будь-які хвороби або нещасні випадки, будь-яке лікування, дослідження, обговорення або госпіталізацію, а також про мою зайнятість.

Дата \_\_\_\_\_ Підпис Страхувальника \_\_\_\_\_ Підпис Застрахованої особи \_\_\_\_\_

## ДЕКЛАРАЦІЯ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ

(додаток до Заяви на відновлення Договору страхування страхування життя № \_\_\_\_\_ від « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200 \_\_\_\_ р.)

**УВАГА!** Просимо докладно та достовірно відповісти на всі запитання Декларації, інакше Вам можуть відмовити в наданні страхового захисту

<b>ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА</b>										
Прізвище, ім'я, по батькові:								Дата народження:		
Місце роботи, посада, вид діяльності										
<b>ПИТАННЯ ЗАГАЛЬНОГО ХАРАКТЕРУ ДО ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ (у випадку позитивних відповідей на питання, просимо Вас детально відповісти на ці питання)</b>										
<b>При необхідності, відповісти на поставлені питання можна на додатковому аркуші паперу</b>								Кількість додаткових аркушів		
1. Назва поліклініки або ім'я Вашого постійного лікаря (тобто лікаря, що володіє найбільш повною інформацією про Ваше здоров'я) та їх адреса? Ім'я: _____ Адреса: _____ Тел.: _____										
2. Вкажіть, будь – ласка, Ваш зріст та вагу:			Зріст (см) _____		Вага (кг) _____		Чи змінилася Ваша вага більше, ніж на 3 кг за останній рік?		Так	Ні
3. Яке Ваше середнє споживання: а) тютюнових виробів (щоденно): не палю, сигарети _____ (шт.), інше; Як довго _____ років; б) алкоголю (за тиждень): не вживаю, пиво _____ (л), вино _____ (мл), міцні напої _____ (мл); Як довго _____ років										
4. Чи змінювався обсяг споживання Вами алкоголю та тютюнових виробів в останні 5 років? Так Ні Як і наскільки?										
5. Чи рекомендували Вам кинути палити за медичними показаннями?								Так	Ні	
6. Чи зверталися Ви за консультаціями або проходили курс лікування від алкоголізму чи наркоманії? Так Ні										
7. Чи застраховане Ваше життя в іншій страховій компанії? Так Ні Якщо «Так», вкажіть наступну інформацію: Компанія _____ Вид страхового покриття _____ Страхова сума _____ Період _____										
8. Чи існував раніше розірваний договір страхування життя або від нещасного випадку з будь – якою іншою компанією? Так Ні										
Чи було Вам відмовлено в страхуванні або прийнято заяву на особливих умовах? Якщо «Так», то з якою компанією? Причини розірвання або відмови? _____										
9. Чи пов'язані Ваша професія або захоплення зараз чи в минулому з діяльністю або обставинами, які можуть негативно позначитися на стані Вашого здоров'я або тривалості життя, наприклад: робота під землею, з токсичними, вибухонебезпечними речовинами, перебування в зоні ЧАЕС, авіаспорт, автомобільні перегони, альпінізм, спелеологія? Так Ні										
10. Чи піддавалися Ви радіаційному опроміненню? Так Ні										
Чи констатовані у Вас на даний момент наступні захворювання:										
11. будь – яка хвороба серця (наприклад, ендокардит, шуми, ішемічна хвороба, задихка, прискорене серцебиття, біль у грудній клітці тощо)?			Так	Ні						
12. підвищений артеріальний тиск, хвороби судин або порушення кровообігу?			Так	Ні						
13. захворювання дихальних шляхів (астма, бронхіт, туберкульоз)?			Так	Ні						
14. захворювання системи травлення, жовчного міхура або печінки (виразка, хронічний гастрит, часті діареї, запори, печія тощо)?			Так	Ні						
15. захворювання нирок, статевих та сечовивідних органів, сечового міхура?			Так	Ні						
16. захворювання органів носоглотки, вух, очей, погіршення зору?			Так	Ні						
17. будь – які нервові або психічні захворювання (наприклад, епілепсія, порушення свідомості, параліч, стан депресії)?			Так	Ні						
18. захворювання опорно – рухового апарату (м'язів, кісток, суглобів, хребта)?			Так	Ні						
19. захворювання щитовидної залози або інші захворювання ендокринної системи, діабет?			Так	Ні						
20. новоутворення (пухлини злоякісні або доброякісні), захворювання крові?			Так	Ні						
21. будь – які гінекологічні захворювання (молочної залози, придатків, матки, ускладнена вагітність, пологи, кесаревий розтин або перервана вагітність)?			Так	Ні						
22. інші захворювання, операції, госпіталізація, непрацездатність за останні 5 років?			Так	Ні						
23. Чи маєте Ви намір звернутися до лікаря найближчим часом? З якої причини?			Так	Ні						
24. Чи проходили Ви медичний огляд або дослідження крові у зв'язку зі СНІДом, гепатитом або захворюванням, що передаються статевим шляхом?			Так	Ні						
25. Чи проходили Ви спеціальне обстеження (рентген, ЕКГ, УЗД) у зв'язку з захворюваннями в останні 5 років?			Так	Ні						
26. Чи приймали Ви різного роду транквілізатори, антидепресанти, седативні (снودійні), наркотичні речовини в лікувальних та інших цілях?			Так	Ні						
27. Чи проводилось (проводиться) Вам лікування, яка – небудь медикаментозна, променева терапія? Коли? Як довго?			Так	Ні						
28. Чи зустрічалися або чи є у Ваших близьких родичів наступні захворювання: діабет, рак, інсульт, хвороби серця, нирок, високий артеріальний тиск або інші захворювання, що проявилися до 60 років?			Так	Ні						

Я \_\_\_\_\_ підтверджую і гарантую, що інформація, надана в цьому Додатку є правдивою, достовірною та вичерпною.

Дата \_\_\_\_\_

Підпис \_\_\_\_\_

## ДЕКЛАРАЦІЯ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я СТРАХУВАЛЬНИКА

(додаток до Заяви на відновлення Договору страхування страхування життя \_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_

від « \_\_\_\_\_ »

200 \_\_\_\_\_ р.)

<b>ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА</b>			
Прізвище, ім'я, по батькові: _____			Дата народження: _____
<b>Місце роботи, посада, вид діяльності</b>			
<b>ПИТАННЯ ЗАГАЛЬНОГО ХАРАКТЕРУ ДО ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ (у випадку позитивних відповідей на питання, просимо Вас детально відповісти на ці питання)</b>			
<b>При необхідності, відповісти на поставлені питання можна на додатковому аркуші паперу</b>			Кількість додаткових аркушів _____
2. Назва поліклініки або ім'я Вашого постійного лікаря (тобто лікаря, що володіє найбільш повною інформацією про Ваше здоров'я) та їх адреса? <b>Ім'я:</b> _____ <b>Адреса:</b> _____ <b>Тел.:</b> _____			
2. Вкажіть, будь – ласка, Ваші зріст та вагу:		Зріст (см) _____	Вага (кг) _____
3. Яке Ваше середнє споживання: а) тютюнових виробів (щоденно): не палю, сигарети _____ (шт.), інше: Як довго _____ років;		Чи змінилася Ваша вага більше, ніж на 3 кг за останній рік? <span style="float: right;">Так Ні</span>	
б) алкоголю (за тиждень): не вживаю, пиво _____ (л), вино _____ (мл), міцні напої _____ (мл); Як довго _____ років			
4. Чи змінювався обсяг споживання Вами алкоголю та тютюнових виробів в останні 5 років?		Так Ні	Як і наскільки? _____
5. Чи рекомендували Вам кинути палити за медичними показаннями?		Так Ні	
6. Чи зверталися Ви за консультаціями або проходили курс лікування від алкоголізму чи наркоманії?		Так Ні	
7. Чи застраховане Ваше життя в іншій страховій компанії? <span style="float: right;">Так Ні</span>		Якщо «Так», вкажіть наступну інформацію: Компанія _____ Вид страхового покриття _____ Страхова сума _____ Період _____	
8. Чи існував раніше розірваний договір страхування життя або від нещасного випадку з будь – якою іншою компанією? Чи було Вам відмовлено в страхуванні або прийнято заяву на особливих умовах? <span style="float: right;">Так Ні</span> Якщо «Так», то з якою компанією? _____ Причини розірвання або відмови? _____			
9. Чи пов'язані Ваша професія або захоплення зараз чи в минулому з діяльністю або обставинами, які можуть негативно позначитися на стані Вашого здоров'я або тривалості життя, наприклад: робота під землею, з токсичними, вибухонебезпечними речовинами, перебування в зоні ЧАЕС, авіаспорт, автомобільні перегони, альпінізм, спелеологія? <span style="float: right;">Так Ні</span>			
10. Чи піддавалися Ви радіаційному опроміненню? <span style="float: right;">Так Ні</span> Чи констатовані у Вас на даний момент наступні захворювання:			
11. будь – яка хвороба серця (наприклад, ендокардит, шуми, ішемічна хвороба, задихка, прискорене серцебиття, біль у грудній клітці тощо)?		Так Ні	
12. підвищений артеріальний тиск, хвороби судин або порушення кровообігу?		Так Ні	
13. захворювання дихальних шляхів (астма, бронхіт, туберкульоз)?		Так Ні	
14. захворювання системи травлення, жовчного міхура або печінки (виразка, хронічний гастрит, часті діареї, запори, печія тощо)?		Так Ні	
15. захворювання нирок, статевих та сечовивідних органів, сечового міхура?		Так Ні	
16. захворювання органів носоглотки, вух, очей, погіршення зору?		Так Ні	
17. будь – які нервові або психічні захворювання (наприклад, епілепсія, порушення свідомості, параліч, стан депресії)?		Так Ні	
18. захворювання опорно – рухового апарату (м'язів, кісток, суглобів, хребта)?		Так Ні	
19. захворювання щитовидної залози або інші захворювання ендокринної системи, діабет?		Так Ні	
20. новоутворення (пухлини злоякісні або доброякісні), захворювання крові?		Так Ні	
21. будь – які гінекологічні захворювання (молочної залози, придатків, матки, ускладнена вагітність, пологи, кесаревий розтин або перервана вагітність)?		Так Ні	
22. інші захворювання, операції, госпіталізація, непрацездатність за останні 5 років?		Так Ні	
23. Чи маєте Ви намір звернутися до лікаря найближчим часом? З якої причини?		Так Ні	
24. Чи проходили Ви медичний огляд або дослідження крові у зв'язку зі СНІДом, гепатитом або захворюванням, що передаються статевим шляхом?		Так Ні	
25. Чи проходили Ви спеціальне обстеження (рентген, ЕКГ, УЗД) у зв'язку з захворюваннями в останні 5 років?		Так Ні	
26. Чи приймали Ви різного роду транквілізатори, антидепресанти, седативні (снودійні), наркотичні речовини в лікувальних та інших цілях?		Так Ні	
27. Чи проводилось (проводиться) Вам лікування, яка – небудь медикаментозна, променева терапія? Коли? Як довго?		Так Ні	
28. Чи зустрічалися або чи є у Ваших близьких родичів наступні захворювання: діабет, рак, інсульт, хвороби серця, нирок, високий артеріальний тиск або інші захворювання, що проявилися до 60 років?		Так Ні	

Я \_\_\_\_\_ підтверджую і гарантую, що інформація, надана в цьому Додатку є правдивою, достовірною та вичерпною.

Дата \_\_\_\_\_

Підпис \_\_\_\_\_

Додаток № 1

I. Відновлення на початкових умовах \*.

II. Відновлення без сплати прострочених страхових внесків \*\*.

III. Відновлення зі змінами до Договору \*\*.

1) Зміна страхової суми

Збільшення

Зменшення

---

з ..... (у валюті страхування),  
до .....(у валюті страхування),

2) Зміна страхового платежу

Збільшення

Зменшення

---

з ..... (у валюті страхування),  
до .....(у валюті страхування),

3) Зміна періодичності здійснення страхових платежів

з ..... (вказати поточну періодичність)

до..... (вказати бажану періодичність)

4) Докупка страхового покриття

Включити до Договору страхове покриття .....

Страхову суму /страховий платіж за яким встановити у розмірі.....

5) Відмова від страхового покриття

Припинити дію страхового покриття .....  
(вказати страхове покриття)

\* При відновленні договору на початкових умовах, Страхувальник сплачує прострочені страхові внески та додатковий страховий внесок для компенсації витрат Страховика, що виникли у зв'язку із простроченням страхового внеску.

\*\* При відновленні договору на змінених умовах або без сплати прострочених страхових внесків, заборгованість, пеня, штрафи та бажані зміни будуть враховані при розрахунку нової страхової суми та страхового внеску .

Дата \_\_\_\_\_ Підпис Страхувальника \_\_\_\_\_ Підпис Застрахованої особи \_\_\_\_\_