

ДЕКЛАРАЦІЯ Поліс №

Поновлення Договору Надання Страхових Продуктів Зміна Страхувальника Збільшення Страхової Суми
У разі зміни періодичності сплати, вкажіть бажану: щорічна піврічна квартална

1.	Застрахована Особа: ПІБ _____			
	Паспорт: № _____ РНОКПП: _____		_____	
	Дата народження: « ____ » _____ р. Тел. _____		Email _____ @ _____	
	Місце роботи: _____			
	Посада /Службові обов'язки: _____			
2.	Страховальник: ПІБ _____			
	Паспорт: № _____ РНОКПП: _____		_____	
	Дата народження: « ____ » _____ р. Тел. _____		Email _____ @ _____	
	Місце роботи: _____			
	Посада /Службові обов'язки: _____			
3.	Застрахована Особа		Страховальник	
3.1	Зріст (см).....	Вага (кг).....	Зріст (см).....	Вага (кг).....
3.2	Чи вживаєте тютюнові вироби та/або алкогольні напої? <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні		Чи вживаєте тютюнові вироби та/або алкогольні напої? <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	
3.4	Ви лівша? <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні		Ви лівша? <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	
3.5	Вкажіть ваш дохід: грн. на місяць		Вкажіть ваш дохід: грн. на місяць	
4.	Якщо Ви керуєте мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб.см, зазначте: <input type="checkbox"/> Страховальник <input type="checkbox"/> Застрахована Особа <input type="checkbox"/> погоджуюсь зробити відповідну доплату до Страхового Тарифу згідно з розрахунком Страховика; <input type="checkbox"/> не погоджуюсь на доплату та розумію, що в разі настання Страхового Випадку з використанням такого транспортного засобу, діятиме виключення щодо страхування від Нещасного випадку.			
5.	Я надав інформацію щодо належності до національних, іноземних публічних 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 № 361-IX від 06.12.2019 р.». У разі, якщо Страховальник/Застрахована Особа отримає статус вищезазначених категорій осіб, він зобов'язаний впродовж 1 робочого дня повідомити про це Страховика.			
Надалі я – Застрахована Особа/ Страховальник заявляю, що:				
6.	Я не вживаю/ ніколи не вживав жодних наркотичних, психотропних, або інших речовин, що викликають залежність.			
7.	Я не постраждав від нещасних випадків, не переніс жодної хірургічної операції/не був госпіталізований. Я не лікувався/не обстежувався з приводу алкогольної/наркотичної залежності, психічних, нервових розладів, онкологічних захворювань, захворювань серця/судин, діабету, інсульту, паралічу, захворювань сечовивідних шляхів, хронічних захворювань нирок, печінки, легень/органів дихання, шлунково-кишкового тракту або з приводу інших загострень хронічних захворювань, захворювань щитовидної залози/розладів ендокринної системи, захворювань репродуктивної системи, захворювань очей/порушень зору, захворювань носу, вух, горла. Я не був поінформований, що маю ВІЛ, не лікуюсь та ніколи не був направлений на лікування СНІД, хвороб, пов'язаних з ВІЛ/СНІД, та не мав позитивного результату аналізу крові на антитіла до вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ).			
8.	На момент підписання Декларації я не проходжу жодних обстежень, мені не призначено жодних діагностичних процедур/хірургічних втручань, я не лікуюся та не маю жодних показань до госпіталізації; я не є непрацездатним та мені ніколи не було встановлено інвалідність; я не перебуваю у відпустці з догляду за малолітньою дитиною та не мала жодних ускладнень під час пологів.			
9.	Ніхто з моїх близьких родичів (батько, мати, сестра, брат, 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/хвороби, пов'язані зі СНІД, та ніколи не мав позитивного результату аналізу крові на антитіла до вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ).			
10.	Дата та причина останнього відвідування лікаря (для Застрахованої Особи віком до 18 років):.....			
11.	Якщо Ви не погоджуєтесь хоча б з одним із пунктів Декларації, зазначте номер пункту, вкажіть особу (Застрахована Особа/Страховальник), надайте додаткову інформацію та долучіть відповідні медичні документи до Декларації.....			

ПІБ Страховальника _____ /Підпис _____
 ПІБ Застрахованої Особи _____ /Підпис _____
 Дата « ____ » _____ 20 ____ р.