



ЗАЯВЛЕНИЕ на изменение программы страхования

Я, ФИО _____, являясь Страхователем по полису № _____ от « _____ » _____ 20__ г, прошу внести следующие изменения в Полис.

Внимание!



- § Заявление заполняется не позднее, чем за **14 дней до желаемой даты внесения изменений**.
- § Изменения оформляются Дополнительным соглашением только **с даты очередного платежа**, указанной в полисе.
- § Изменения оформляются Дополнительным соглашением не раньше чем **через год после начала договора**.
- § Изменения оформляются Дополнительным соглашением не чаще, чем **1 раз в год**.
- § К заявлению необходимо приложить **копию полиса**.
- § При включении дополнительных программ необходимо заполнить Анкету о состоянии здоровья (см. на обороте) и, при необходимости, дополнительный опросник.

1. Включение (исключение) программы страхования

Дополнительные программы страхования	Исключить (Отметьте любым знаком в соответствующей клетке)	Включить (Отметьте любым знаком в соответствующей клетке)	Со страховой суммой (В валюте страхования)
Страхование от несчастных случаев			
Смерть			
Инвалидность			
Временная нетрудоспособность			
Телесные повреждения			
Госпитализация			
Освобождение от уплаты взносов в случае инвалидности			

2. Изменение периодичности уплаты взносов

ежегодно раз в полгода ежеквартально

Желаемая дата внесения изменений « _____ » _____ 20__ г.

Подтверждаю достоверность и полноту предоставленной мною информации и разрешаю ООО "Чешская Страховая Компания" использовать ее для исполнения договора страхования.

Дата оформления заявления « _____ » _____ 20__ г.

Страхователь: _____
ФИО Подпись

Заполняется агентом	Заполняется сотрудником ООО «Чешская страховая компания»
Дата принятия заявления « _____ » _____ 20__ г.	Дата принятия заявления « _____ » _____ 20__ г.
Ф.И.О. агента _____	Ф.И.О. сотрудника _____
Подпись _____	Подпись _____
Консультант № <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Порядковый номер дополнительного соглашения <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Анкета Застрахованного

Полис № _____ от « _____ » 20 ____ г.

Ф.И.О. Застрахованного - _____

Дата рождения « _____ » _____ 20 ____ г.

Рост (см) □□□	Вес (кг) □□□	Цифры артериального давления (мм.рт.ст.) (последнее измерение): □□□/□□□	Ваша профессия
1. Связана ли Ваша профессиональная деятельность с обстоятельствами повышенного риска (работа на высоте свыше 15 м, работа в море, работа под водой, работа в нефтяной или газовой промышленности, работа под землей /шахты/, работа со взрывчатыми веществами, работа с опасными химическими веществами или составами, работа в охранных фирмах, работа в правоохранительных органах)			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2. Намереваетесь ли Вы путешествовать в "горячие" точки планеты (места вооруженных конфликтов и военных действий) ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3. Занимаетесь ли Вы в качестве хобби или профессионально авиацией, погружением в воду (плавание с аквалангом и т.п.), парашютным спортом, дельтапланеризмом, автомобильными гонками, горными/водными лыжами, парусным спортом, альпинизмом, спелеологией, боксом, борьбой или боевыми искусствами, верховой ездой и т.п. ? Другой спорт?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Информация о курении за последние 12 месяцев (количество сигарет в день): □□□			
Потребление алкоголя (вид алкоголя и количество за неделю в литрах): пиво □□□ вино □□□ крепкие напитки (> 40°) □□□			
4. Получали ли Вы врачебные рекомендации о снижении или отмене потребления табака и алкоголя в связи с состоянием здоровья?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5. Застрахована ли Ваша жизнь в СК "Чешская страховая компания" или других компаниях? Подавали ли Вы (или собираетесь подать) заявление на страхование жизни или от несчастного случая в другие страховые компании?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Подробности: (укажите компанию и страховую сумму)			
6. Подавали ли Вы уже заявление на страхование жизни, которое было отклонено или принято на особых условиях?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
7. Были ли у Вас травмы, несчастные случаи за последние 5 лет ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
8. Имеется ли у Вас группа инвалидности?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
9. Были ли Вы связаны с радиоактивными материалами и подвергались ли Вы облучению выше установленных норм ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
БОЛЕЛИ ЛИ ВЫ КОГДА - НИБУДЬ ИЛИ СТРАДАЛИ СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ:			
10. Любое заболевание сердца (например, эндокардит, шумы, ишемическая болезнь, боли за грудиной, одышка или учащенное сердцебиение) ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
11. Повышенное кровяное давление, заболевания сосудов или нарушение кровообращения ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
12. Болезни органов дыхания (астма, бронхит, туберкулез и т.п.) ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
13. Заболевания пищеварительной системы, желчного пузыря или печени (язва, хр. гастрит, либо частые диарея, запоры, отрыжка, икота, изжога) ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
14. Заболевания почек или мочеполовой системы (частые отеки, белок в моче, камни или венерические заболевания) ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
15. Проходили ли Вы медицинское освидетельствование, лечение или исследовали ли Вы кровь в связи с заболеваниями, передающимися половым путем или в связи с гепатитами ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
15.1. Обнаруживали ли у Вас ВИЧ-инфекцию (СПИД)?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
16. Какие-либо нервные или психические заболевания, например, эпилепсия, временная потеря сознания, паралич или состояние депрессии ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
17. Были ли у Вас ЛОР заболевания (включая частые ангины, исключая обычные простуды, грипп или детские инфекционные болезни), снижение зрения (близорукость, дальнозоркость более 8 диоптрий) или заболевания глаз ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
18. Заболевания опорно-двигательного аппарата (мышцы, кости, суставы, позвоночник) ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
19. Диабет, заболевания щитовидной железы или др. болезни эндокринной системы ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
20. Новообразования (опухоли злокачественные или доброкачественные), в т.ч. заболевания крови ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
21. Проходили ли Вы курс радиационной терапии ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
22. Принимали ли Вы разного рода седативные (снотворные) вещества, транквилизаторы (антидепрессанты) или наркотические вещества в лечебных или иных целях ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
23. Принимали ли Вы лекарственные препараты непрерывно более 4-х недель?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
24. Проходили ли вы специальные обследования (рентген, ЭКГ, УЗИ, др.) в связи с заболеваниями за последние 5 лет ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
25. (ВОПРОС ДЛЯ ЖЕНЩИН). Какие-либо заболевания женских половых органов (молочных желез, придатков, матки), осложненные беременность, роды, кесарево сечение или выкидыши ? Дата рождения последнего ребенка. Беременны ли вы сейчас ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
26. Другие болезни, операции, госпитализации, нетрудоспособность, отравления, несчастные случаи за последние 5 лет ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
27. Болеете ли Вы в настоящий момент ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
28. Намереваетесь ли Вы обратиться к врачу в течение ближайших 4 недель ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
29. ИСТОРИЯ СЕМЬИ: Страдали ли от диабета, рака, инсульта, заболеваний сердца или болезней почек Ваши родители, братья или сестры, живые или умершие в возрасте до 60 лет ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Я, _____, заявляю что мои ответы на вопросы, приведенные выше являются правдивыми и полными.

Я предоставляю ООО «Чешская Страховая Компания» полное право использовать сообщенную мной информацию для индивидуальной оценки риска, связанного с принятием меня на страхование, а также для заключения и исполнения договора страхования.

Я понимаю, что должен (должна) сообщить "Чешской страховой компании" обо всех изменениях в роде деятельности и увлечениях, связанных с риском несчастного случая.

В случае необходимости медицинского заключения для подписания договора страхования согласен (согласна) на прохождение медицинского обследования.

Разрешаю любому лечебному учреждению или врачу, куда и к кому я обращался (обращалась), предоставить полную информацию, касающуюся состояния моего здоровья, ООО «Чешская Страховая Компания».

Застрахованный/Законный представитель Застрахованного _____
(если Застрахованный моложе 18 лет) _____

Подпись

Дата

ООО «Чешская Страховая Компания» обязуется обеспечивать конфиденциальность предоставленной информации.