

Заявление на внесение изменений в Договор страхования (Полис)

Заявление на семи листах. Все поля обязательны для заполнения (при отсутствии данных заполняется «нет» или «не имею»)

№ Полиса

Застрахованное лицо	<input type="text" value="Ф. И. О. полностью"/>		
Страхователь	<input type="text" value="Ф. И. О. полностью"/>		
Ф. И. О. финансового консультанта	<input type="text" value="полностью"/>	Код финансового консультанта	<input type="text"/>

1. Изменение персональных данных / актуализация

В случае если изменения касаются нескольких участников договора, то необходимо заполнить поля ниже для каждого физического лица. В случае если изменения касаются юридического лица / ИП, необходимо заполнить Анкету юридического лица или индивидуального предпринимателя.

Отношение к Страхователю/Полису (-ам)

Ф. И. О.	<input type="text" value="полностью"/>	<input type="checkbox"/> Муж.	<input type="checkbox"/> Жен.
Дата рождения	<input type="text" value="Д Д М М Г Г Г Г"/>	Место рождения	<input type="text"/>

Данные документа, удостоверяющего личность

Данные гражданина Российской Федерации (паспорт)

Гражданство РФ	<input type="checkbox"/>	Необходимо предоставить копию паспорта (основной разворот и страница с регистрацией)			
Серия	<input type="text"/>	Номер	<input type="text"/>	Дата выдачи	<input type="text" value="Д Д М М Г Г Г Г"/>
Кем выдан	<input type="text"/>			Код подразделения	<input type="text"/>
ИНН РФ	<input type="text"/>	СНИЛС	<input type="text"/>		
Виды на жительство	<input type="text" value="Укажите все страны"/>				

Имеется ли у Вас номер налогоплательщика иного государства? Да Нет

Если Да, укажите страну и номер налогоплательщика

Являетесь ли Вы гражданином иного государства? Да Нет Если Да, то заполните блок ниже

Данные гражданина иного государства

Гражданства стран	<input type="text" value="Укажите все страны"/>	Виды на жительство	<input type="text" value="Укажите все страны"/>
Тип документа (паспорт иностранного гражданина или иной)	<input type="text"/>		
Серия и номер	<input type="text"/>		
Дата начала действия	<input type="text" value="Д Д М М Г Г Г Г"/>	Дата окончания действия	<input type="text" value="Д Д М М Г Г Г Г"/>
TIN (ITIN, SSN или иное)	<input type="text"/>		

Необходимо предоставить копии имеющихся документов, подтверждающих личность (паспорт, разрешение на временное проживание, вид на жительство, удостоверение беженца или иные документы) и подтверждающих право пребывания лица на территории РФ (виза, миграционная карта, регистрация).

Адреса и контактная информация

Адрес регистрации

Индекс	<input type="text"/>	Страна	<input type="text"/>	Город	<input type="text"/>
Область/край	<input type="text"/>				
Улица	<input type="text"/>	Дом	<input type="text"/>	Корпус	<input type="text"/>
Квартира	<input type="text"/>				

Адрес проживания (адрес для корреспонденции), если отличается от адреса регистрации

Индекс	<input type="text"/>	Страна	<input type="text"/>	Город	<input type="text"/>
Область/край	<input type="text"/>				
Улица	<input type="text"/>	Дом	<input type="text"/>	Корпус	<input type="text"/>
Квартира	<input type="text"/>				

Контактная информация

Телефон мобильный	код страны	<input type="text"/>	код	<input type="text"/>	№	<input type="text"/>
Телефон контактный	код страны	<input type="text"/>	код	<input type="text"/>	№	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>					
Место работы/название компании	<input type="text"/>		Должность/ описание служебных обязанностей	<input type="text"/>		
Семейное положение	<input type="text"/>		Количество детей	<input type="text"/>		

1.2. Издание дубликата полиса в связи с

1.3. Другие изменения

Подтверждаю указанные на данной странице изменения персональных данных, при этом другие условия договора страхования (Полиса) остаются без изменений. (Страницы 5, 6, 7 Заявления на внесение изменений мною не заполняются). С Декларацией Страхователя (стр. 4) ознакомлен.

Страхователь (подпись) (дата) Финансовый консультант (подпись) (дата)

Заявление на внесение изменений в Договор страхования (Полис)

Продолжение

№ Полиса

Дополнительные сведения (необходимо предоставить ответ в каждом из трех разделов ниже)

В соответствии с пунктом 14 статьи 7 Федерального закона от 07.08.2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма», клиенты обязаны предоставить информацию, необходимую для исполнения организацией требований указанного Федерального закона, включая информацию о лицах (Выгодоприобретателях), к выгоде которых Вы действуете, и Бенефициарных владельцев.

1. Сведения о лицах, к выгоде которых производятся действия по заявлению (Выгодоприобретатели)

Имеются ли у Вас лица (Выгодоприобретатели), к выгоде которых Вы действуете (в том числе на основании доверенности, агентского договора, договоров поручения, комиссии и доверительного управления) при проведении операций с денежными средствами по данному заявлению?

- нет, действую к собственной выгоде
- да, действую к выгоде другого лица. Необходимо заполнить Анкету физического / юридического лица / индивидуального предпринимателя отдельно на каждое лицо (Выгодоприобретателя).

2. Сведения о Бенефициарных владельцах

Имеются ли у Вас Бенефициарные владельцы, то есть физические лица, которые, в конечном счете, прямо или косвенно (через третьих лиц) имеют возможность контролировать Ваши действия?

- нет, я сам(а) являюсь своим Бенефициарным владельцем
- да, имеются. Необходимо заполнить Анкету физического лица отдельно на каждого Бенефициара.

3. Сведения о статусе публичного должностного лица (ПДЛ)

- не являюсь ПДЛ и/или родственником ПДЛ
- являюсь ПДЛ и/или родственником ПДЛ. Заполните поля ниже, указав необходимые категории.

Я являюсь:

- российским публичным должностным лицом, то есть лицом, занимающим государственные должности РФ, должности членов совета директоров ЦБ РФ, должности на федеральной государственной службе, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных на основании федеральных законов
- международным публичным должностным лицом, то есть должностным лицом публичной международной организации, которому доверены или были доверены ею важные функции
- иностранным публичным должностным лицом, то есть публичным должностным лицом иностранного государства.

В случае если отмечен хотя бы один из перечисленных вариантов, необходимо заполнить Анкету публичного должностного лица.

- Я являюсь родственником лица, принадлежащего к одной из перечисленных категорий.
К какой именно из вышеперечисленных категорий относится Ваш родственник?: (указать)

Степень родства между вами: (указать)

Достоверность сведений, указанных в настоящем заявлении, подтверждаю. Проинформирован(а) о необходимости обновления указанных в заявлении сведений (информации) в случае их изменения, а также обязуюсь представить все необходимые сведения по запросу организации.

Страхователь _____
(подпись)

(дата)

Финансовый консультант _____
(подпись)

(дата)

Заявление на внесение изменений в Договор страхования (Полис)

Продолжение

№ Полиса

Согласие на обработку персональных данных

1. Я, _____ [Ф.И.О.], являясь Субъектом персональных данных, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», предоставляю свое согласие оператору персональных данных – Акционерному обществу Страховой компании «Совкомбанк Жизнь» (адрес местонахождения 127015, город Москва, ул. Бутырская 76, стр.1), далее именуемому - АО СК «Совкомбанк Жизнь» или Общество, и его партнерам\контрагентам, на обработку персональных данных, любым, не противоречащим российскому законодательству способом (в том числе с\без использованием (-я) средств автоматизации, с использованием глобальной информационно-телекоммуникационной сети Интернет), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), блокирование, извлечение, удаление, уничтожение персональных данных в целях:

- а) заключения и исполнения договоров/соглашений с АО СК «Совкомбанк Жизнь» и договоров перестрахования (если применимо);
- б) проверки любых сведений и документов, предоставленных мной Обществу или полученных Обществом из открытых источников для заключения и исполнения договора страхования или принятия решения по страховому событию, а также получения, при необходимости, дополнительных сведений и документов в любых органах/организациях, включая государственные органы и организации, медицинские учреждения, фонд обязательного медицинского страхования и его территориальные подразделения, бюро кредитных историй, бюро страховых историй;
- в) оценки риска, в том числе в связи с состоянием моего здоровья;
- г) предоставления мне Обществом информации по договору или в связи с моими обращениями, а также о предоставляемых Обществом услугах и способах их оказания (в том числе, информацию рекламного характера), по любым каналам связи, общенным мной Обществу;
- д) ведения справочных и клиентских баз для повышения качества обслуживания клиентов;
- е) осуществления иных функций, возложенных на АО СК «Совкомбанк Жизнь» нормами применимого законодательства, и заключенными\закрываемыми со мной договорами, соглашениями.

Персональные данные, в отношении которых дается данное согласие, включают: все вместе и каждая в отдельности персональные данные, указанные мной о Страхователе, Застрахованном лице и Выгодоприобретателе(-ях) в договоре страхования и документах к нему, в том числе сведения медицинского характера и/или содержащие врачебную тайну о состоянии моего здоровья\здоровья Застрахованного лица, сведения о моем финансовом положении, а также сведения, предоставленные мной для регулирования страхового события или в связи с иными обращениями в Общество.

2. Я уведомлен о том, что перечень партнеров\контрагентов, которым предоставляются или могут предоставляться мои персональные данные, персональные данные Застрахованного лица и Выгодоприобретателя(-ей) в указанных выше целях, размещен на официальном сайте АО СК «Совкомбанк Жизнь» по адресу: <http://www.sovcomlife.ru/> и/или может быть мне предоставлен на основании отдельного письменного запроса. Перечень таких организаций может быть изменен Страховщиком путем размещения его обновленной версии на вышеуказанном официальном сайте.

3. Предоставляя настоящее согласие, я действую по своей воле и в своем интересе. Согласие дается мной Страховщику и его партнерам\контрагентам добровольно, на весь срок действия договора страхования и следующие 5 (Пять) лет после прекращения действия договора страхования, и может быть отозвано мной в любой момент времени путем направления Страховщику подписанного мной письменного уведомления или письма по электронной почте с указанного мною при заключении договора электронного адреса. Я осознаю, что отзыв моего согласия приведет к прекращению действия договора страхования по моей инициативе, а Страховщик обязан продолжить обработку моих персональных данных и после отзыва моего согласия в случаях и в течение времени, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Настоящим соглашаюсь с тем, что все указанные в данном Заявлении персональные и контактные данные будут учтены как актуализация информации в отношении всех полисов (в случае их наличия), по которым я являюсь Страхователем, Застрахованным лицом или иным лицом, так или иначе связанным с полисом(-ами).

Согласие на использование электронной почты для направления и получения документов

Я выражаю свое согласие на то, что любые коммуникации со Страховщиком, в том числе по любым заключенным с ним договорам страхования, включая направление и получение любых документов, могут осуществляться в электронном виде путём направления и получения сообщений по адресу электронной почты Страхователя. Сообщение, направленное на адрес электронной почты Страхователя, будет считаться доставленным и в тех случаях, если оно поступило Страхователю, но по обстоятельствам, зависящим от него, он с ним не ознакомился.

Страхователь _____ (подпись) (дата)

Финансовый консультант _____ (подпись) (дата)

№ Полиса
Декларация Страхователя

1. Я подтверждаю, что получил полную и подробную информацию о Договоре страхования/Полисе, а также всю информацию о деятельности АО СК «Совкомбанк Жизнь» (далее также – Страховщика) и о его представителе в полном объеме согласно Закону РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» от 27.11.1992 № 4015-1.
2. Я подтверждаю, что данные мной ответы на предложенные вопросы соответствуют действительности, вся указанная в Заявлении информация является полной и достоверной. Я подтверждаю, что ответы на предложенные вопросы, данные мной Страховщику или представителю, назначенному Страховщиком при проведении медицинского освидетельствования/экспертизы, соответствуют действительности. Принимаю к сведению, что в случае дачи недостоверных ответов договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения в порядке, предусмотренном гражданским законодательством РФ. Я подтверждаю, что Заявление с АО СК «Совкомбанк Жизнь» заполнено и подписано мной лично. В случае заполнения Заявления не моим почерком подтверждаю, что текст мной прочитан и сведения, изложенные в нем, записаны с моих слов.
3. Настоящим, согласно ст. 959 ГК РФ, обязуюсь незамедлительно сообщать Страховщику о ставших мне известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Значительными, во всяком случае, признаются изменения, оговоренные в настоящем Заявлении / Договоре страхования. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования. При неисполнении Страхователем либо Выгодоприобретателем предусмотренной настоящим пунктом обязанности Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора.
4. Я соглашаюсь с тем, что по результатам оценки страхового риска АО СК «Совкомбанк Жизнь» вправе предложить мне иные условия страхования, страховые суммы могут быть увеличены или уменьшены при оценке рисков по данному Заявлению, при этом сумма страховой премии (взноса) остается неизменной.
5. Настоящим подтверждаю, что я, нижеуказанный, не являюсь инвалидом 1-й или 2-й группы, ребенком-инвалидом, не являюсь лицом, требующим постоянного ухода, не страдаю психическим и/или нервным заболеванием и/или расстройством, а также не являюсь ВИЧ-инфицированным или больным СПИДом, не обращался (-лась) за лечением в связи с ВИЧ/СПИДом или состоянием, связанным с ВИЧ/СПИДом. Мне не сообщалось, что мой анализ крови на антитела и антигены к вирусу иммунодефицита человека положителен.
6. Во исполнение требований Федерального закона Российской Федерации от 28.06.2014 № 173-ФЗ «Об особенностях осуществления финансовых операций» настоящим я подтверждаю, что представленная выше информация о наличии/отсутствии у меня гражданско-вида на жительство и/или статуса налогоплательщика иностранного государства на момент подписания данного Заявления полна и достоверна. В случае изменения статуса гражданства (включая двойное гражданство) и/или получения вида на жительство в иностранном государстве, и/или приобретения статуса налогоплательщика иностранного государства, обязуюсь письменно уведомить об этом АО СК «Совкомбанк Жизнь» в течение 30 (тридцати) дней с даты изменения статуса. Настоящим представляю АО СК «Совкомбанк Жизнь» право передавать информацию, указанную в Заявлении, приложениях к нему, и иную необходимую информацию в иностранный налоговый орган в целях исполнения требований законодательства о налогообложении иностранных счетов.
7. Настоящим подтверждаю свое согласие заполнить Заявление на обновление персональных и иных идентификационных данных (в том числе паспортных данных, адреса места жительства, телефона, принадлежности к публичным должностным лицам), в случае если данные, указанные в договоре страхования, были изменены в течение каждого страхового года. При непредставлении такого Заявления прошу считать персональные и иные идентификационные данные неизменными.
8. Я согласен с тем, что Страховой полис (договор страхования) может быть подписан Страховщиком отпечатанным типографским способом факсимильным воспроизведением подписи с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи либо иного аналога собственноручной подписи и печати Страховщика. Согласен, что такая подпись на всех документах, подписываемых со стороны Страховщика, будет считаться надлежащей подписью.
9. Настоящим я соглашаюсь с тем, что все письменные документы по договору страхования направляются Страхователю по адресу, указанному им в данном Заявлении и/или иных заявлениях, скрепленных оригиналом подписи, и/или в личном кабинете, в качестве адреса для корреспонденции. В случае, если иной адрес не был сообщен Страховщику в письменной форме, вся корреспонденция считается надлежащим образом направленной Страхователю, если она направлена по адресу для корреспонденции, указанному в настоящем Заявлении.
10. Настоящим подтверждаю, что факт направления Страховщиком мне по почте Дополнительного Соглашения/Спецификации Полиса и других необходимых страховых документов также является акцептом Страховщика моего Заявления об изменении Страхователя и подтверждает принятие мной данных документов.
11. Понимаю и принимаю условие, что в случае, если Страхователь в течение 90 дней со дня подписания настоящего Заявления письменно не уведомил Страховщика о неполучении Договора страхования в полном объеме от предыдущего Страхователя (Спецификация Полиса, Дополнительные соглашения к договору страхования, Таблица выкупных сумм, Квитанция о получении полиса, Полисные Условия страхования) указанный Договор считается измененным с даты, указанной на Дополнительном Соглашении/Спецификации Полиса, и полученным новым Страхователем.
12. Настоящим подтверждаю и согласен, что в соответствии со статьей 213 Налогового кодекса (НК) РФ при досрочном расторжении договора добровольного страхования жизни или договора добровольного пенсионного страхования Страховщик обязан удержать сумму налога, исчисленную с суммы дохода, равной сумме страховых взносов, уплаченных физическим лицом по этому договору, за каждый календарный год, в котором налогоплательщик имел право на получение социального налогового вычета, указанного в подпункте 4 пункта 1 статьи 219 НК РФ. В случае если налогоплательщик вместе с документами на досрочное расторжение договора страхования предоставил справку установленной формы, выданную налоговым органом по месту жительства налогоплательщика, подтверждающую неполучение налогоплательщиком социального налогового вычета, либо подтверждающую факт получения налогоплательщиком суммы предоставленного социального налогового вычета, указанного в подпункте 4 пункта 1 статьи 219 НК РФ, Страховщик соответственно не удерживает сумму налога либо исчисляет сумму налога, подлежащую удержанию.
13. Устная информация и договоренность действительны лишь в том случае, если они подтверждены в письменном виде. Если информация, переданная устно, не соответствует условиям договора страхования, то силу имеют только данные, подтвержденные письменным документом.
14. Я понимаю и принимаю условие, что в случае неоплаты очередного Страхового взноса по Договору страхования такой взнос может быть оплачен автоматическим займом в соответствии с Полисными условиями страхования и с согласия Страховщика. В этом случае данная Декларация считается заявлением на предоставление автоматического займа.

 Страхователь _____
(подпись)

(дата)

 Финансовый консультант _____
(подпись)

(дата)

Заявление на внесение изменений в Договор страхования (Полис)

Продолжение

№ Полиса

2. Внесение изменений в годовщину действия Полиса

2.1. Изменение периодичности оплаты Полиса

Годовая Полугодовая Квартальная Ежемесячная

При изменении формы оплаты на полугодовую для расчета взноса применяется коэффициент 0,53 от годового взноса.
 При изменении формы оплаты на квартальную для расчета взноса применяется коэффициент 0,27 от годового взноса.
 При изменении формы оплаты на ежемесячную для расчета взноса применяется коэффициент 0,09 от годового взноса.

2.2. Приобретение дополнительных программ страхования

Программа страхования	Страховая сумма (руб.)	Страховой взнос (руб.) с учетом формы оплаты по Полису
<input type="checkbox"/> Страхование на случай смерти или наступления нетрудоспособности в результате несчастного случая		
<input type="checkbox"/> Страхование от несчастных случаев + «Телемедицина»	переломы и ожоги (только в результате несчастного случая)	
<input type="checkbox"/> Страхование от несчастных случаев и болезней + «Телемедицина»	хирургическое вмешательство госпитализация и реабилитация	
<input type="checkbox"/> Освобождение от уплаты страховых взносов <input type="checkbox"/> Защита страхового взноса при страховании ребенка		
<input type="checkbox"/> Программа ежемесячных выплат в случае смерти		
<input type="checkbox"/> Страхование от критических заболеваний /состояний, включая программу «Телемедицина», сроком на 5 лет	<input type="checkbox"/> На 7 заболеваний /состояний <input type="checkbox"/> На 31 заболевание /состояние	
<input type="checkbox"/> Турбосчет		
<input type="checkbox"/> Приобретение других дополнительных программ (укажите название программы, страховую сумму и страховой взнос по данной программе)	Страховая сумма (руб.)	Страховой взнос (руб.) с учетом формы оплаты по Полису

Внимание! При приобретении дополнительных программ (кроме программы «Ваш бонус» и «Турбо-счет» с учетом приобретения которого взнос по полису не более 600000 руб.) обязательно заполните Декларацию о здоровье (стр. 7). Уплата страхового взноса не означает вступление в силу дополнительных программ страхования. Дополнительные программы страхования вступают в силу с даты, указанной в Дополнительном соглашении. Для семейного плана приложите заполненные декларации о здоровье на всех членов семьи.

2.3. Изменение программ страхования от несчастных случаев / страхования от несчастных случаев и болезней

Изменение плана по программе страхования (укажите название программы)	Новый план	Страховая сумма (руб.)	Страховой взнос (руб.) с учетом формы оплаты по Полису
<input type="checkbox"/> Увеличение страховой суммы <input type="checkbox"/> Уменьшение страховой суммы		Страховая сумма (руб.)	Страховой взнос (руб.) с учетом формы оплаты по Полису
<input type="checkbox"/> Смерть в результате несчастного случая / Постоянная полная либо частичная нетрудоспособность в результате несчастного случая			
<input type="checkbox"/> Переломы и ожоги в результате несчастного случая			
<input type="checkbox"/> Страхование от несчастных случаев + «Телемедицина»	Хирургическое вмешательство		
<input type="checkbox"/> Страхование от несчастных случаев и болезней + «Телемедицина»	Госпитализация и реабилитация		
<input type="checkbox"/> Страхование от критических заболеваний /состояний, включая программу «Телемедицина», сроком на 5 лет			
<input type="checkbox"/> Турбосчет			
<input type="checkbox"/> Изменение других дополнительных программ (укажите название программы, страховую сумму и страховой взнос по данной программе)		Страховая сумма (руб.)	Страховой взнос (руб.) с учетом формы оплаты по Полису

Внимание! При увеличении страховой суммы программ обязательно заполните Декларацию о здоровье (стр. 7).

2.4. Отказ от дополнительных программ страхования (по Спецификации или Дополнительному соглашению)

Укажите название программы согласно действующей Спецификации / Дополнительного соглашения к Полису, Страховую сумму и Страховой взнос по данной программе

Программа страхования	Страховая сумма (руб.)	Страховой взнос (руб.) с учетом формы оплаты по Полису

Без изменений

Страхователь _____
(подпись)

(дата)

Заявление на внесение изменений в Договор страхования (Полис)

Продолжение

№ Полиса

2. Внесение изменений в годовщину действия Полиса (продолжение)

2.5. Приобретение и изменение программ страхования «Спутник Жизни», «Спутник Детства» и «Гармония»

Покупка	Изменение	Отказ	Страховые риски	Ребенок	Взрослый	Взрослый	Страховая сумма (руб.)	Страховой взнос (руб.)
				0-17 лет	18-64 лет	65-74 лет		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Постоянная полная нетрудоспособность или постоянная частичная нетрудоспособность в результате несчастного случая*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Смерть в результате несчастного случая (при страховании ребенка Застрахованным по риску является Страхователь)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Смерть Страхователя в результате несчастного случая или Постоянная полная нетрудоспособность Страхователя в результате несчастного случая	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Критические заболевания и состояния (20 при страховании ребенка, 7 при страховании взрослого, может быть выбран до 55 лет на момент заключения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Критические заболевания и состояния, 31 (может быть выбран до 55 лет на момент заключения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Переломы или ожоги в результате несчастного случая	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Перелом, ожог, или мелкие травмы в результате несчастного случая	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Проведение хирургических операций в результате несчастного случая	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Проведение хирургических операций в результате несчастного случая или болезни	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Госпитализация и реабилитация в результате несчастного случая	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Госпитализация и реабилитация в результате несчастного случая или болезни	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Реанимация в результате несчастного случая (при выборе риска «Госпитализация и реабилитация в результате несчастного случая»)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Реанимация в результате несчастного случая или болезни (при выборе риска «Госпитализация и реабилитация в результате несчастного случая или болезни»)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Телемедицина (обязательна при выборе «Критические заболевания и состояния», «Гармония», «Проведение хирургических операций», или «Госпитализация и реабилитация»)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 консультации в год	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Обращение за медицинской консультацией по дополнительной программе страхования «Медицинский консьерж» (при наличии Телемедицины)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 консультации в год	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Риски по программе страхования «Гармония» (до 55 лет на момент заключения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Риски по программе страхования «Материнство» (при выборе «Гармонии») (до 45 лет на момент заключения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	В соответствии со Страховой суммой по «Гармонии»	
Итого взнос по программе, руб.								

* При страховании ребенка «Постоянная полная нетрудоспособность или постоянная частичная нетрудоспособность» заменяются на «Телесные повреждения».

Сумма взноса по Полису с учетом периодичности оплаты и всех заявленных изменений, включая административный взнос, руб.

Взнос оплачен через картридер Да Нет

2.6. Изменение Страховой суммы по основной программе только для Полисов страхования жизни (кроме программ «Жизнь» и «Защита Жизни»)

Увеличение страховой суммы по основной программе* Страховая сумма (руб.) по основной программе Страховой взнос (руб.) по основной программе
 (требуется заполнение Декларации о здоровье на стр. 7)

* Я согласен доплатить разницу между увеличенным взносом по основной программе и действовавшим ранее взносом по основной программе за все прошедшие периоды действия Полиса.

Уменьшение страховой суммы по основной программе** Страховая сумма (руб.) по основной программе Страховой взнос (руб.) по основной программе

В первые 2 года действия Полиса уменьшение взноса по ОСНОВНОЙ программе возможно не более, чем на 25%, в последующие годовщины действия Полиса не более, чем на 50%, но не менее 10 000 руб.

** Я согласен с тем, что Договор продолжает действовать с уменьшенными страховыми суммами. Также подтверждаю, что мне были объяснены все условия и преимущества, которые я теряю вследствие уменьшения страховой суммы по данному Полису.

Полис действует менее 3-х лет, разница между новой и предыдущей выкупной суммой равна нулю

Полис действует более 3-х лет, разницу в выкупных суммах прошу

зачесть в счет текущей оплаты полиса с учетом заявленных изменений в размере _____ руб.

перевести на Полис № _____ в размере _____ руб.

осуществить выплату по следующим банковским реквизитам:

Банк Получателя

ИНН банка

БИК банка

Корр/с банка

Р/с банка

(в случае наличия Л/с или номера карты Получателя)

Р/с Получателя

Ф. И. О. Получателя

Л/с или номер карты Получателя*

(обязателен для заполнения, если указан р/с Банка) 20 или 22 знака в зависимости, где открыт лицевой счет

Без изменений

Страхователь (подпись) (дата)

Финансовый консультант (подпись) (дата)

Декларация о здоровье

№ Полиса

увеличение страховой суммы

приобретение дополнительных программ страхования

Ф. И. О. Застрахованного

Отношение к Страхователю

Заполняется Застрахованным лицом* и Страхователем (Все поля обязательны для заполнения)

Место работы Страхователя / название компании

Должность / Описание служебных обязанностей

Место работы Застрахованного лица / название компании

Должность / Описание служебных обязанностей

Годовой доход Застрахованного лица (руб.):

до 500 000 500 001–750 000 750 0001–1 000 000 1 000 001–2 000 000 2 000 001–3 000 000 более 3 000 000

Годовой доход Страхователя, если отличается от Застрахованного лица (руб.):

до 500 000 500 001–750 000 750 0001–1 000 000 1 000 001–2 000 000 2 000 001–3 000 000 более 3 000 000

	Ответы Застрахованного лица	Ответы** Страхователя
1) Имя и адрес Вашего лечащего врача: Поликлиника по добровольному медицинскому страхованию: Стационары, в которых проходили лечение:		
В случае положительного ответа на следующие вопросы просьба указать подробности в специальной графе		
2) Рост см, вес кг Застрахованного лица. Рост см, вес кг Страхователя. Изменился ли за последний год?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3) а) Дневное потребление табака в сигаретах (шт.) б) Недельное потребление алкоголя в литрах Вид потребляемого алкоголя		
4) Только для Застрахованного лица. Вы являетесь правой или левой? (Нужное указать)		
5) Беспокоит ли Вас какие-либо боли / недомогание / плохое самочувствие, связанные с Вашим физическим или психическим состоянием? Если да, пожалуйста, опишите характер и локализацию.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
6) Принимаете ли Вы какие-либо лекарственные препараты или биологически активные добавки без консультации с врачом? Если да, пожалуйста, перечислите.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
7) Находитесь ли Вы в настоящий момент или находились под наблюдением врача, на лечении, принимаете ли лекарства или у Вас проявлялись любые симптомы в связи со следующими заболеваниями или состояниями (если да, пожалуйста, опишите заболевания/состояния, Ф. И. О. врачей и названия лечебных учреждений, в которых Вы находились на лечении, даты и т. п.):		
а) ишемическая болезнь сердца, инфаркт, цереброваскулярная болезнь, атеросклероз, заболевания или дефекты клапанов сердца, боли в груди, сердечные шумы, ревматическая атака, гипертоническая болезнь или повышенное артериальное давление, повышенный уровень холестерина крови, другие заболевания сердечно-сосудистой системы.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
б) образование на коже или рожидные пятна, которые кровоточили, становились болезненными, менялись в цвете или увеличивались в размере, рак или другие злокачественные заболевания, болезни крови, полипы, кисты, фиброма, фиброаденома, лимфома, лейкоз или другие новообразования независимо от их локации, доброкачественности или злокачественности, инфекционные заболевания.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
в) получали ли Вы положительный результат скринингового теста на рак, проходили или собираетесь пройти обследование на наличие полипов толстой кишки или воспалительных заболеваний пищеварительного тракта (болезнь Крона или язвенный колит), поликистозной болезни почек, доброкачественных заболеваний молочных желез, асбестоза, любой формы гепатита или цирроза печени?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
г) диабет или повышенный уровень сахара в крови, тиреоидит, зоб или другие заболевания щитовидной железы, а также иные расстройства эндокринной системы.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
д) инсульт, транзиторная ишемическая атака или другие нарушения мозгового кровообращения, эпилепсия, головокружения, обмороки, судороги (конвульсии), параличи, черепно-мозговые травмы или любые другие расстройства нервной системы.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
е) аллергия, астма, бронхит, обструктивная болезнь легких, саркоидоз, туберкулез или другие заболевания легких и дыхательных путей.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
ж) гепатит, панкреатит, холецистит, гастрит, пиелонефрит, гломерулонефрит, почечная недостаточность, миома или любое другое заболевание печени, желудка, кишечника, почек, мочевыводящих путей или репродуктивной системы.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
з) заболевания или поражения органов зрения, слуха, обоняния, ротовой полости и горла.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
и) невризм, ревматизм, ишиас, артрит или любые другие заболевания или поражения мышц, суставов, костной ткани, позвоночника.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
к) любые психические заболевания, невротические состояния (страхи, депрессии), алкогольная или наркотическая зависимость.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
8) Являетесь ли Вы инвалидом или присваивалась ли Вам ранее инвалидность?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
9) Находитесь ли Вы в настоящий момент или находились под наблюдением врача, на лечении, принимаете ли лекарства в связи с каким-либо заболеванием или отклонением, не указанным выше? Если да, пожалуйста, укажите клинику и диагноз. (только для детей) В любой период в течение трех последних лет назначал ли врач медикаментозное лечение/обследование или принимал ли Ваш ребенок любые лекарства на регулярной основе (за исключением препаратов для лечения простудных заболеваний)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
10) Проводились ли Вам рентгенологические исследования, включая компьютерную томографию или магнитно-резонансную томографию, электрокардиография или другие диагностические обследования? Если да, пожалуйста, укажите их результат, клинику.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
11) Проводились ли Вам в течение последних 10 лет какие-либо хирургические операции, в связи с которыми потребовалось пребывание в стационаре в течение двух и более дней, или которые требовали проведения предварительного специального обследования, такого как биопсия, компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), эндоскопия или им подобные?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
12) Получали ли Вы консультацию врача в течение последних пяти лет или намереваетесь ли Вы обратиться к врачу за консультацией или пройти диагностическое обследование? Если да, пожалуйста, укажите клинику и диагноз.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
13) Болел ли кто-либо из Вашего близкого окружения инфекционными заболеваниями за последние шесть месяцев?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
14) Страдают или страдали ли Ваши родственники диабетом, повышенным артериальным давлением, сердечно-сосудистыми заболеваниями, заболеваниями сердца, почек, опухолевыми заболеваниями, туберкулезом, психическими расстройствами или пороками развития? Были ли выявлены злокачественные новообразования? Если да, укажите возраст родственника и когда это произошло.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
15) Имеете ли Вы близких родственников (родители, братья, сестры, дети), которым были диагностированы опухоль, рак, полипоз кишечника, поликистозная болезнь почек, сердечно-сосудистое заболевание или заболевание сердца до 50 лет?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
16) Консультировались или лечились ли Вы в связи со СПИДом или заболеваниями, передающимися половым путем, говорили ли Вам, что Вы являетесь носителем ВИЧ? Была ли у Вас или Вам говорили, что у Вас положительная реакция при анализе крови на антитела ВИЧ?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
17) Появлялись ли у Вас когда-либо симптомы, причину которых Вы не могли объяснить, такие как диарея, увеличение лимфатических узлов, необычные изменения кожи, повышенная утомляемость, потеря веса?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
18) Только для женщин: а) беременны ли Вы? При положительном ответе укажите срок беременности: _____ недель. б) были ли у Вас ранее осложнения во время беременности или родов?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Только для мужчин: были ли Вы освобождены от воинской обязанности или уволены из Вооруженных Сил в связи с Вашим физическим или психическим состоянием?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Описание положительных ответов (перед ответом укажите номер вопроса)

Для Застрахованного лица	Для Страхователя

В случае прохождения мной предстрахового медицинского освидетельствования копии результатов прошу (выбрать один из вариантов):

передать мне через моего финансового консультанта в запечатанном конверте мне не передавать

Заявляю, что данные мной ответы соответствуют действительности. Проинформирован, что в случае дачи мной ложных ответов или сокрытия информации Страховщик вправе требовать признания Договора недействительным в соответствии с действующим законодательством.

* При страховании ребенка вопросы адресованы также Страхователю.

** При приобретении Дополнительной программы ежемесячных выплат в случае смерти вопросы адресованы также Страхователю.

Датирование (город, дата)

Подпись Застрахованного лица
(или законного представителя)

Подпись Страхователя