

**Зміна застрахованої особи
(за програмою страхування життя групи осіб)**



Я, Страхувальник:

Поліс добровільного страхування життя №:	
Назва та фактична адреса підприємства	
Телефон / Факс:	
e-mail:	
Підпис, дата, печатка	

Застрахованою особою за договором є:

П.І.Б.	
--------	--

Прошу з «_____» _____ 20__ року застрахованою особою за вищезазначеним полісом страхування життя визначити:

П.І.Б.	
Що проживає за адресою: (Фактична адреса)	
Номер телефону:	
e-mail:	
Підпис, дата	

У випадку смерті застрахованої особи вигодонабувачами є:


П.І.Б.	Дата народження

У випадку дожиття застрахованої особи вигодонабувачами є:

П.І.Б.	Дата народження

Примітка:

- Заява на внесення змін до договору страхування вважається поданою та зміни набувають чинності з вищезазначеної дати, але не раніше дати отримання головним офісом Страховика цієї Заяви з підписом Страхувальника та нової застрахованої особи.
- Для внесення змін до договору необхідно подати до ПрАТ "ГРАВЕ УКРАЇНА Страхування життя" разом з цим формуляром копію паспорту та копію документу з ідентифікаційним номером нової застрахованої особи, а також заповнену заяву на страхування життя.

ДЛЯ СТРАХОВОЇ КОМПАНІЇ		Печатка прийняття						
ЗАЯВА на страхування життя з участю у додаткових резервах бонусів						Поліс №		
СТРАХУВАЛЬНИК		Код ЄДРПОУ		Телефон		E-mail		
Назва								
Поштовий індекс		Місто		Область		Район		
Вулиця, будинок, квартира								
ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА		о пан о пані	Дата народження	Сімейний стан		о не за наймом о за наймом	Ідентифікаційний код	
Прізвище		Ім'я		По-батькові		Паспорт(серія, №)		
Поштовий індекс		Місто		Область		Район		
Вулиця, будинок, квартира				Телефон		Професія / посада		
ТИП ДОГОВОРУ								
Тариф		Вік	Строк	Початок(день/міс./рік) 01 / /		Страхова сума	Страховий платіж	
GX-5S Страхування життя на випадки смерті і дожиття з участю у додаткових резервах з незмінною страховою премією, що сплачується протягом всього строку страхування або за короткий період і диференційованою страховою сумою на випадок смерті UTZ Додаткове страхування на випадок смерті від нещасного випадку UI Додаткове страхування на випадок тривалої інвалідності внаслідок нещасного випадку RXZ Додаткове страхування від ризику смерті на визначений термін на обумовлену страхову суму при сплаті страхової премії протягом всього строку страхування							Порядок сплати: щорічно	
ЗАПИТАННЯ до застрахованої особи (Будь ласка, дайте відповіді на запитання детально та поставте відмітки)								
		ні	так					
1a	Чи страждаєте Ви на цей час розладами здоров'я (захворювання, травми, недуги)?		o	o	Якими?			
1b	Чи обмежена Ваша працездатність?		o	o	Чому?			
2	Чи маєте Ви сімейного лікаря? Якщо так, то вкажіть його П.І.Б. та точну адресу.		o	o				
3	Будь-ласка, вкажіть Ваші параметри:				Зріст _____ см,		Вага _____ кг	
4	Вживаєте чи вживали Ви будь-які наркотичні речовини? Чи приймаєте ви ліки регулярно?		o	o	Які? Коли останній раз? Доза? Причина?			
5	Протягом останніх 5 років: чи звертались Ви до лікаря, чи знаходились на лікуванні або під лікарським наглядом, під наглядом у психіатра і т.ін. (наприклад: з приводу хвороби серця, шлунку, нирок, жовчного міхура, нервової системи, цукр. діабету, тиску крові, раку, інвалідності, тощо)?		o	o	Коли?	Чому?	Як довго?	Результат?
6	Чи знаходились Ви за останні 5 років у стані непрацездатності з приводу стану здоров'я більше 4 тижнів?		o	o				
7	Чи перенесли Ви операцію або лікування зі застосуванням радіоактивних матеріалів чи радіотерапії? Чи піддавались Ви опроміненню?		o	o				
8	Чи проходили Ви перевірку на СНІД?		o	o				
9	Чи пов'язана Ваша професія з підвищеним ризиком (наприклад: опромінювання, отрути, вибухові речовини) або з небезпечною зоною?		o	o	Детальні відомості:			
10	Чи піддаєтесь Ви на робочому місці або у вільний від роботи час особливій небезпеці (наприклад: як водолаз, гонщик, водій, пілот, скелелаз, або дельтопланерист)?		o	o	Детальні відомості:			
11	Чи маєте Ви інші договори страхування життя чи від нещасних випадків або вже подали заяву на такий договір?		o	o	Компанія: _____ Рік: _____		Сума виплати по смерті: _____ Сума по інвалідності: _____	
Місце, дата		Підпис консультанта		Підпис страхувальника		Підпис застрахованої особи (якщо вона не є страхувальником)		
				М.П.				