



СОДЕРЖАНИЕ

1. Понятия, используемые в страховом продукте	3
2. Цели страхования	6
3. Структура страхового продукта	6
– Страховые случаи по Основной программе	6
– Страховые случаи по Дополнительной программе	6
4. Страховые суммы	6
– Размер страховой суммы по Основной программе	6
– Размер страховой суммы по Дополнительной программе	7
5. Страховые выплаты	8
– Основной и Дополнительный полис	8
– Выплаты по Основной программе	8
– Выплаты по Дополнительной программе	9
– Таблицы выплат	10
6. Условия страхования	13
– Возраст Застрахованного	13
– Срок страхования	13
– Начало действия страхования	13
– Страховой взнос	13
– Порядок уплаты страхового взноса	14
– Дополнительный инвестиционный доход	14
– Льготный период	15
– Редуцирование	15
– Досрочное прекращение действия полиса	16
– Внесение изменений в Договор страхования	16
– Индексация	16
7. Процедура заполнения заявления	17

1. ПОНЯТИЯ ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В СТРАХОВОМ ПРОДУКТЕ

Договор страхования

Письменное соглашение между Страхователем и Страховщиком, согласно которому Страховщик берет на себя обязательство в случае наступления страхового случая осуществить страховую выплату Страхователю или другому лицу, определенному в Договоре страхования Страхователем, в интересах которого заключен Договор страхования, а Страхователь обязуется платить страховые платежи в определенные сроки и выполнять другие условия Договора.

Полис

Полис это форма Договора страхования.

Страховщик

ЗАО «Чешская страховая компания Украина — Страхование жизни», созданная и действующая в соответствии с законодательством Украины.

Страхователь

Любое дееспособное физическое лицо в возрасте 18 лет и старше (считается полное количество лет, максимальный возраст не ограничен).

Застрахованный

Физические лица старше 18 лет, в отношении жизни и здоровья которых заключен и действует Договор страхования. Возраст Застрахованного на момент окончания срока страхования не может превышать 70 лет. Возраст Застрахованного высчитывается следующим образом: календарный год начала Договора страхования минус календарный год рождения Застрахованного. Застрахованный может отличаться от Страхователя.

Выгодоприобретатель

Физическое лицо, назначенное Страхователем при заключении Договора страхования по согласию Застрахованного лица для получения страховой выплаты или ее части при наступлении страхового случая с Застрахованным лицом. Страховщик будет пользоваться этими данными с учетом предостережений, указанных в Договоре Страхования. Страхователь может определить очередность приобретения права получения страховой выплаты. В случае смерти Выгодоприобретателей первой очереди, право на получение страховой выплаты принадлежит Выгодоприобретателям второй очереди и так далее.

Несчастный случай (НС)

Внезапное кратковременное внешнее событие, повлекшее за собой телесное повреждение или иное нарушение внутренних или внешних функций организма, или смерть Застрахованного, не являющееся следствием заболевания или врачебных манипуляций и произошедшее в период действия Договора страхования независимо от воли Застрахованного и/или Выгодоприобретателя.

Болезнь

Болезнь – любое указанное в Договоре страхования заболевание Застрахованного лица, а также любое непредвиденное телесное заболевание или непредвиденное осложнение течения естественных процессов, за исключением заболевания, которое состоялось вследствие состояния или дефекта, относительно которого было назначено, рекомендовано, предоставлено или должно было быть предоставлено медицинское лечение, когда либо до начала даты страхования.



Госпитализация

Временная потеря трудоспособности. Пребывание на стационарном лечении в Больнице, на срок свыше полных 24-х часов.

Инвалидность

Стойкая потеря трудоспособности, характеризующаяся присвоением группы инвалидности.

Группа инвалидности

Устанавливается в соответствии с требованиями и на основании заключения МСЭК, характеризует степень инвалидности и определяет требования ухода, показания и противопоказания медицинского характера.

Постоянная частичная нетрудоспособность

Потеря части тела или утрата возможности ее использования. Застрахованным лицом, указанная в соответствующей Таблице выплат на странице 10, ставшая результатом несчастного случая.

Например:

- полная потеря зрения — 100%
- полная ампутация указательного пальца правой руки — 20%
- полный паралич нижней конечности — 60%

Перелом

Перелом - нарушение целостности кости, вызванное несчастным случаем и описанное в соответствующей Таблице выплат на странице 12.

Ожоги

Ожоги - повреждения, вызванные термической, химической или лучевой энергией, описанные в соответствующей Таблице выплат на странице 12.

Страховая сумма

Страховая сумма – это сумма денег, определенная Договором страхования по каждому страховому риску, в пределах или в размере которой производятся страховые выплаты.

Страховые тарифы и страховая премия

Страховой тариф - размер страховой премии, рассчитанной на единицу страховой суммы. Страховая премия - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования. Размер страховой премии рассчитывается на основе тарифов, разработанных компанией с учетом статистических данных по застрахованным событиям, а также в зависимости от степени риска Застрахованного при принятии его на страхование.

Страховые взносы

Периодические платежи, осуществляемые Страхователем в соответствии с Договором страхования.

Страховой случай

Событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Застрахованному лицу или Выгодоприобретателю.

Срок страхования

Определенный Договором страхования срок страховой защиты.

Выкупная сумма

Сумма, выплачиваемая Страхователю при досрочном расторжении Договора страхования, условиями которого предусмотрены выплаты страхового обеспечения при дожитии Застрахованного до указанного в Договоре срока. Размер выкупной суммы определяется в Договоре страхования.

Андеррайтинг

Процедура оценки риска, в результате которой производится выявление «нестандартных рисков», требующих изменения страхового тарифа и/или изменения условий страхования.



2. ЦЕЛИ СТРАХОВАНИЯ

- Защита
- Сбережение и накопление средств к установленному Договором сроку (совершеннолетию ребенка, пенсии и т.д.)
- Обеспечение финансового благополучия семьи в случае потери источника дохода

3. СТРУКТУРА СТРАХОВОГО ПРОДУКТА

- Основная программа страхования (полис по Основной программе)
- Дополнительная программа страхования (полис по Дополнительной программе)

Страховые случаи по Основной программе

- Вариант Классик (с выплатой страховой суммы по страховому событию)
- Вариант Накопление (с возвратом внесенных взносов по страховому событию)
- Дожитие Застрахованного до окончания срока страхования
- Смерть Застрахованного

Страховое обеспечение по Основной программе предоставляется независимо от выплат по Дополнительной программе.

Страховые случаи по Дополнительной программе

- Смерть в результате несчастного случая
- Стойкая потеря трудоспособности (Инвалидность I группы) в результате болезни или несчастного случая
- Стойкая потеря трудоспособности (Инвалидность I и II группы) в результате несчастного случая
- Постоянная частичная потеря трудоспособности в результате несчастного случая
- Госпитализация в результате болезни или несчастного случая
- Переломы костей и ожоги в результате несчастного случая

4. СТРАХОВЫЕ СУММЫ

Размер страховой суммы по Основной программе

Основная страховая сумма – страховая сумма по Основной программе.

Минимальная Основная страховая сумма - 5 000 гривен.

Максимальная Основная страховая сумма зависит от выбранного варианта.

- Вариант Классик – Максимальная Основная страховая сумма 200 000 гривен.
- Вариант Накопление – Максимальная Основная страховая сумма 2 000 000 гривен

Размер страховой суммы по Дополнительной программе

- Минимальная страховая сумма при выборе страхового риска - 5 000 гривен.
- Страховая сумма установлена отдельно по каждому страховому риску.
- Выплата по каждому риску производится отдельно.

Страховое событие	Максимальная страховая сумма, гривен	Описание
Смерть Застрахованного	100	Обязательно включается в Дополнительный полис
Смерть в результате несчастного случая	1 000 000	До 5-ти Основных страховых сумм, но не более максимальной страховой суммы по этому риску
Стойкая потеря трудоспособности (Инвалидность I группы) в результате болезни или несчастного случая	200 000	До 2-х Основных страховых сумм, но не более максимальной страховой суммы по этому риску
Стойкая потеря трудоспособности (Инвалидность I и II группы) в результате несчастного случая	600 000	До 3-х Основных страховых сумм, но не более максимальной страховой суммы по этому риску
Постоянная частичная потеря трудоспособности в результате несчастного случая	1 000 000	До 5-ти Основных страховых сумм, но не более максимальной страховой суммы по этому риску
Госпитализация в результате несчастного случая или болезни	100 000	До 2-х Основных страховых сумм, но не более максимальной страховой суммы по этому риску
Переломы костей и ожоги	25 000	До 5-ти Основных страховых сумм, но не более максимальной страховой суммы по этому риску

- Страховая сумма по каждому риску в Дополнительной программе может быть равна нулю. Если страховая сумма по отдельному риску в Дополнительной программе не равна нулю, то она не должна быть меньше чем 5 000 гривен.
- Если максимально возможная страховая выплата (по одному страховому случаю) по сумме основного и дополнительных покрытий превышает 600 000 гривен, то для принятия Застрахованного на страхование требуется справка о его доходах. Нельзя получить полис, предусматривающий страховую выплату в размере более 10 годовых доходов Застрахованного лица. То есть, на полис, предусматривающий выплату более 600 000 гривен, могут претендовать лица, чей легальный доход на момент заключения Договора страхования превышает 5000 гривен в месяц. (5000 грн x 12 мес x 10 лет = 600 000 грн). Для полисов, возможная страховая выплата по которым не превышает 600 000 гривен, справка о доходах не требуется.



■ Размер страховой суммы зависит от:

- Размера страхового взноса
- Срока страхования
- Желания клиента

5. СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ

Основной и Дополнительный полис

Программа “Моё богатство” предусматривает возможность выпуска двух полисов. Основной полис – полис по Основной программе является льготным. Он подпадает под действие налогового кредита.

Дополнительный полис – полис по Дополнительной программе. Выпускается только в том случае, если выбраны дополнительные риски в программе, и включает в себя рисковую часть. Для удобства понимания Клиентом формирования страховых сумм и возможности реализации права на налоговый кредит, к Заявлению приложены две квитанции для полисов по Основной и Дополнительной программам.

Согласно действующему законодательству Украины, страховые взносы по договору страхования жизни могут быть отнесены на налоговый кредит. Другими словами, Страхователь имеет право уменьшить свою базу налогообложения (полученные доходы за отчетный год) на сумму уплаченных страховых взносов и, соответственно, государство должно вернуть Страхователю налоги, уплаченные с этой суммы. Согласно условиям предоставления налогового кредита, такой кредит может предоставляться только для страховых полисов определенного типа, а именно:

- Срок действия полиса превышает 10 лет
- Полис не предусматривает в течение первых 10 лет частичных страховых выплат, кроме тех, которые связаны со смертью или Инвалидностью I группы
- Срок внесения страховых взносов превышает 5 лет

Таким образом, полис по Основной программе является льготным и может быть отнесен на налоговый кредит. В то же время, полис по Дополнительной программе льготным не является.

Разделение страховой программы на два полиса позволяет получить расширенную программу страхования, в тоже время не потеряв право на налоговый кредит.

Выплаты по Основной программе

Страховое событие	Размер страховой выплаты	Кому	Результат
Дожитие Застрахованного	Страховая сумма по дожитию, включающая дополнительный инвестиционный доход	Застрахованному	Действие договора прекращается
Смерть Застрахованного (программа Классик)	Страховая сумма по смерти (Страховая сумма по дожитию), включающая дополнительный инвестиционный доход	Выгодоприобретателям (наследникам)	
Смерть Застрахованного (программа Накопление)	Возврат оплаченных страховых взносов, включая дополнительный инвестиционный доход		

Выплаты по Дополнительной программе

Страховое событие	Размер страховой выплаты	Кому	Результат
Смерть Застрахованного	100 гривен	Выгодоприобретателям (наследникам)	Действие договора прекращается
Смерть в результате несчастного случая	Страховая сумма по риску Смерть в результате несчастного случая		
Инвалидность I группы в результате Болезни или Несчастного случая	100% страховой суммы по риску Инвалидность в результате болезни или несчастного случая	Застрахованному	Действие договора продолжается - этот риск исключен - перерасчет страхового взноса
Инвалидность I группы в результате несчастного случая	100% страховой суммы по риску Инвалидность в результате несчастного случая (20% страховой суммы, если уже была выплачена страховая сумма по риску Инвалидность II группы в результате несчастного случая)		
Инвалидность II группы в результате несчастного случая	80% страховой суммы по риску Инвалидность в результате несчастного случая		
Постоянная частичная потеря трудоспособности в результате несчастного случая	% от страховой суммы по данному риску в соответствии с Таблицей выплат по постоянной частичной нетрудоспособности (стр. 10). Максимально 100% страховой суммы в страховой год		Действие договора продолжается
Госпитализация (в результате несчастного случая или болезни)	0,2% от страховой суммы по данному риску за день нахождения в больнице (начиная с 1-го дня, максимально 90 дней в течении страхового года по всем случаям). Максимальная выплата – 200 грн в день. Оплачивается пребывание в больнице сроком более 10 дней.		
Перелом кости	% от страховой суммы по данному риску в соответствии с Таблицей выплат (стр. 12), максимально 100% страховой суммы в страховой год.		
Ожог	% от страховой суммы по данному риску в соответствии с Таблицей выплат (стр. 12), максимально 100% страховой суммы в страховой год		



ТАБЛИЦЫ ВЫПЛАТ

ПОСТОЯННАЯ ЧАСТИЧНАЯ ПОТЕРЯ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

Потеря возможности использования	% от страховой суммы	
	Левая	Правая
Полная потеря зрения обеих глаз	100	
Полный неизлечимый психоз	100	
Полная потеря обеих рук (от локтя до кисти) и обеих кистей	100	
Полная глухота на оба уха травматического происхождения	100	
Удаление нижней челюсти	100	
Полная потеря речи	100	
Полная потеря одной руки (от локтя до кисти) и одной ноги	100	
Полная потеря одной руки (от локтя до кисти) и одной стопы	100	
Полная потеря одной кисти и одной ступни	100	
Полная потеря одной кисти и одной ноги	100	
Полная потеря обеих ног	100	
Полная потеря обеих ступней	100	
Потеря кости черепа по всей толщине кости:		
– поверхность более 6 см ²	40	
– поверхность от 3 до 6 см ²	20	
– поверхность менее чем 3 см ²	10	
Частичное удаление нижней челюсти или половины верхней челюстной кости	40	
Полная потеря одного глаза	40	
Полная глухота на одно ухо	30	
	Левая	Правая
Потеря одной руки (от локтя до кисти) или одной кисти	50	60
Значительное повреждение кости руки (от локтя до кисти) (определенное и неизлечимое повреждение)	40	50
Полный паралич верхней конечности (неизлечимое повреждение нервов)	55	65
Полное повреждение нерва, сгибательного нерва	15	20
Анкилоз плеча	30	40
Анкилоз локтя с фиксацией в удобном положении (15 градусов от прямого угла)	20	25
Анкилоз локтя с фиксацией в неудобном положении	35	40
Значительная потеря костного вещества обеих костей предплечья (определенное и неизлечимое повреждение)	30	40
Полный паралич центрального нерва	35	45
Полный паралич лучевого нерва	35	40
Полный паралич лучевого нерва предплечья	25	30
Полный паралич лучевого нерва кисти	15	20
Полный паралич локтевого нерва	25	30
Анкилоз кисти с фиксацией в удобном положении (вверх тыльной стороной)	15	20
Анкилоз кисти с фиксацией в неудобном положении (деформирующее сгибание или разгибание или повернутое положение)	25	30
Полная потеря большого пальца	15	20
Частичная потеря большого пальца (ногтевой фаланги)	5	10
Полный анкилоз большого пальца	15	20
Полная ампутация указательного пальца	10	15
Полная потеря двух фаланг указательного пальца	8	10

Потеря возможности использования	% от страховой суммы	
Полная потеря ногтевой фаланги указательного пальца	3	5
Одновременная ампутация большого и указательного пальцев	25	35
Повна потеря большого и другого пальца кроме указательного	20	25
Полная потеря двух пальцев кроме большого и указательного пальцев	8	12
Полная потеря трех пальцев кроме большого и указательного пальцев	15	20
Полная потеря четырех пальцев, включая большой палец	40	45
Полная потеря четырех пальцев, кроме большого пальца	35	40
Полная потеря среднего пальца	8	10
Полная потеря одного пальца, кроме большого, указательного и среднего	3	7
Полная потеря бедра (верхней части)	60	
Полная потеря бедра (нижней части) и ноги	50	
Полная потеря ступни (тибиально-преплюсневый вывих)	45	
Частичная потеря ступни (подлодыжечно-костный вывих)	40	
Частичная потеря ступни (срединно-предплюсневой вывих)	35	
Частичная потеря ступни (предплюсневой-плюсневой вывих)	30	
Полный паралич нижней конечности (неизлечимое нервное повреждение)	60	
Полный паралич внешнего подколенного седалищного нерва	30	
Полный паралич внутреннего подколенного седалищного нерва	20	
Полный паралич двух нервов (внешнего и внутреннего подколенного седалищного нерва)	40	
Анкилоз боковой части бедра	40	
Анкилоз колена	20	
Потеря костного вещества в боковой части или бедра или обеих костей ноги (неизлечимое состояние)	60	
Потеря костного вещества надколенной чашечки с значительным отделением фрагментов и значительным осложнением движений при вытягивании ноги	40	
Потеря костного вещества надколенной чашечки при сохранении подвижности	20	
Укорачивание нижней конечности как минимум на 5 см	30	
Укорачивание нижней конечности от 3 до 5 см	20	
Укорачивание нижней конечности от 1 до 3 см	10	
Полная ампутация всех пальцев стопы	25	
Ампутация четырех пальцев стопы, включая большой палец	20	
Полная потеря четырех пальцев стопы	10	
Полная потеря большого пальца стопы	10	
Полная потеря двух пальцев стопы	5	
Ампутация одного пальца стопы кроме большого.	3	



ПЕРЕЛОМЫ

Перелом	% от страховой суммы
Череп, кроме носа, зубов, челюстей	100
Переломы костей бедра или таза (кроме бедренной кости и копчика):	
– множественные переломы (как минимум один открытый и один полный)	100
– все другие открытые переломы	50
– множественные переломы, как минимум один полный	30
– все другие переломы	20
Перелом бедра или пятки:	
– множественные переломы (как минимум один открытый и один полный)	50
– все другие открытые переломы	40
– множественные переломы, как минимум один полный	30
– все другие переломы	20
Перелом голени, ключицы, щиколотки, локтевого сустава, плечевой кости или предплечья (включая запястье, но кроме классического перелома лучевой кости):	
– множественные переломы (как минимум один открытый и один полный)	40
– все другие открытые переломы	30
– множественные переломы, как минимум один полный	20
– все другие переломы	12
Переломы нижней челюсти:	
– множественные переломы (как минимум один открытый и один полный)	30
– все другие открытые переломы	20
– множественные переломы, как минимум один полный	16
– все другие переломы	8
Переломы лопатки, коленной чашечки, грудной клетки, кости (кроме пальцев и запястья), стопы (кроме пальцев и пятки):	
– все открытые переломы	20
– все другие переломы	10
Классический перелом лучевой кости предплечья:	
– только открытые переломы	20
– все другие переломы	10
Переломы позвоночного столба (все позвонки, кроме копчика):	
– все компрессионные переломы	20
– все переломы остистых, поперечных или отростков ножек	20
– все другие переломы	10
Переломы одного или нескольких ребер, скульной кости, копчика, верхней челюсти, носа, пальцы ног и рук:	
– множественные переломы (как минимум один открытый и один полный)	16
– все другие открытые переломы	12
– множественные переломы, как минимум один полный	8
– все другие переломы	4

ОЖОГИ

Ожоги	% от страховой суммы
Ожоги II или III степени (27% и больше поверхности тела)	100
Ожоги II или III степени (18% и больше поверхности тела, но меньше 27%)	60
Ожоги II или III степени (9 % и больше поверхности тела, но меньше 18%)	30
Ожоги II или III степени (4.5% и больше поверхности тела, но меньше 9%)	16

6. УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

Возраст Застрахованного:

- от 18 до 70 лет
- на момент заключения Договора не более 60 лет

Срок страхования

От 10 до 35 лет с шагом в 1 год.

Начало действия договора

Договор вступает в силу с 00 часов даты начала срока страхования, указанной в Договоре, но не ранее дня, следующего за днем уплаты первого страхового взноса и действует до 24 часов даты окончания срока страхования.

Страховой взнос

- Минимальный страховой взнос по Основной программе:
 - 1 200 гривен в год
 - 600 гривен в полгода
 - 300 гривен ежеквартально
 - 200 гривен ежемесячно
- Размер страхового взноса зависит от:
 - Размера установленной страховой суммы
 - Срока действия Договора
 - Периодичности уплаты взносов
 - Пола, возраста и состояния здоровья Застрахованного
 - Рода деятельности Застрахованного
 - Желания клиента



Порядок уплаты страхового взноса

- В гривне, в долларах США, в евро.

В случае выбора клиентом частоты уплаты взносов чаще чем один раз в год, включается механизм рассрочки и к страховому платежу добавляется соответствующая надбавка.

- Один раз в полгода + 2%
- Ежеквартально + 4%
- Ежемесячно + 6%

Пример:

Клиент должен заплатить один раз в год страховой суммарный взнос 5 000 гривен. Но он желает платить два раза в год. Чтобы узнать сумму его полугодового взноса нужно взять 2% от 5 000 гривен, что составляет 100 гривен. Таким образом, суммарный годовой платеж необходимо увеличить на 100 гривен. Следовательно, за год человек внесет 5 100 гривен или по 2 550 гривен раз в полгода. То есть, полугодовой взнос составил 2 550 гривен.

Размер платежа рассчитывается с помощью тарификатора и указанных в нем коэффициентов.

Дополнительный инвестиционный доход

В зависимости от результатов инвестиционной деятельности Страховщика начисляется Дополнительный инвестиционный доход (далее ДИД). Начиная с 3-го года срока действия Договора, клиент один раз в год получает официальное уведомление о величине ДИД. Начисление ДИД осуществляется путем изменения страховой суммы по Основной программе страхования при неизменной величине страховых взносов в течение срока действия Договора. Дополнительный доход подлежит выплате при наступлении страхового случая по Основной программе.

Льготный период

Если Страхователь не вносит страховую премию в указанные сроки, Договор страхования предусматривает предоставление Страхователю льготного периода продолжительностью:

- 30 дней при ежегодном внесении страховых платежей
- 20 дней при внесении страховых платежей раз в полгода
- 14 дней при ежеквартальном внесении страховых платежей
- 7 дней при ежемесячном внесении страховых платежей

Перевод Полиса в Оплаченный (Редуцирование)

Если по истечении льготного периода очередной страховой взнос не был уплачен и Страхователь не информировал в письменной форме Страховщика о желании досрочно расторгнуть Договор либо произвести технические изменения в Договоре, то:

- Страхование может быть продолжено без дальнейшей уплаты страховых взносов с уменьшением страховой суммы по Основной программе (преобразование Полиса в Оплаченный полис) при условии, если результат редуцирования страховой суммы равен или превышает сумму 5 000 гривен. В этом случае Полис продолжает действие с редуцированной страховой суммой
- Преобразование Полиса в оплаченный возможно только в отношении Основной программы страхования. Действие Дополнительной программы прекращается
- Если результат редуцирования Страховой суммы меньше 5000 гривен, то Договор считается расторгнутым с даты, следующей за датой окончания льготного периода
- Страховщик выплачивает выкупную сумму, которая включает в себя начисленный дополнительный инвестиционный доход. Право на получение выкупной суммы возникает у клиента после 2-х лет действия Договора



Досрочное прекращение действия Полиса

Досрочное прекращение действия Полиса может быть произведено в случае:

- Неуплаты очередного страхового взноса, если результат редуцирования страховой суммы меньше 5000 гривен
- Подачи Страхователем заявления на расторжение Полиса

При досрочном прекращении Полиса Страховщик выплачивает Страхователю выкупную сумму на дату расторжения Договора страхования, за вычетом подлежащих оплате Страхователем, но неоплаченных на дату окончания льготного периода взносов.

В случае смерти Страхователя, не являющегося Застрахованным, Страховщик выплачивает законным наследникам Страхователя выкупную сумму, рассчитанную на дату прекращения Договора. Если Застрахованный или другое лицо, с согласия наследников Страхователя, не примет на себя права и обязанности Страхователя по Договору страхования.

Внесение изменений в Договор страхования

- Нефинансовые изменения, допускаемые в Полисе:
 - ФИО Застрахованного, Страхователя, Выгодоприобретателя
 - Адрес, контактные данные Застрахованного, Страхователя, Выгодоприобретателя
 - Изменение Выгодоприобретателей

Изменение принимается на основе заявления заполненного Страхователем.

- Финансовые изменения:
 - Включение и исключение дополнительных рисков
 - Изменение частоты страховых платежей
 - Изменение размера страховой суммы
 - Индексация или отказ от нее
 - Пролонгирование Договора

Изменения вступают в силу при согласии Страховщика, на основе заявления, заполненного Страхователем. Изменения оформляются Страховщиком в виде дополнительных соглашений к Договору страхования и могут быть произведены не раньше, чем на втором году страхования.

Частота внесения финансовых изменений не чаще одного раза в 6 месяцев.

Выкупная сумма

Право на выкупную сумму возникает, начиная с 3-го года срока действия Договора.

В случае расторжения Договора в течение первых 2 лет страхования выкупная сумма не выплачивается. Размер выкупной суммы на каждый последующий год срока действия Договора указан в Договоре.

Индексация

Индексация – это увеличение страховой суммы путем увеличения страховых премий. В зависимости от уровня инфляции, Страховщик может определить коэффициент индексации и предложить Страхователю проиндексировать страховую сумму и страховой взнос. Перед очередной годовщиной действия Договора страхования Страховщик высылает Страхователю по почте:

- подписанное со стороны Страховщика дополнительное соглашение с увеличенными размерами страхового взноса и страховой суммы в результате индексации
- квитанцию на оплату проиндексированного страхового взноса
- сопроводительное письмо-инструкцию, содержащее комментарии по индексации, описание порядка заключения дополнительного соглашения.

7. ПРОЦЕДУРА ЗАПОЛНЕНИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ

- Все поля Заявления должны быть заполнены, в случае, если поле не заполнено — ставить прочерк.
- Если клиент не употребляет алкоголь и не курит, то в соответствующих графах Заявления ставится «00».
- При положительном ответе на вопросы медицинской анкеты указать более детальные ответы в дополнении.
- В Заявлении на страхование жизни на 3-м листе подписываются Застрахованное лицо, Страхователь, Консультант. Если Страхователь и Застрахованный — одно лицо, в графе Застрахованный ставится латинская буква Z. В медицинской анкете подписывается лицо, которое заполнило анкету.
- Каждое изменение в Заявлении на страхование жизни подписывает Страхователь и указывает дату изменения.

№	Графа	Действия
1.	«Страховальник»	Пишется ФИО.
2.	«Застрахована особа»	Если Страхователь и Застрахованный — одно лицо, в позиции Застрахованный ставится большая латинская буква Z, если другой человек — вписать информацию о нем.
3.	«Чоловік /Жінка»	Нужное отметить знаком «х».
4.	«Громадянство України / інше»	Нужное отметить знаком «х».
5.	«Дата народження»	Вписать цифрами (день / месяц / год).
6.	«Ідентифікаційний код»	Вписать цифрами (всего 10 цифр).
7.	«Місце народження»	Вписать населенный пункт.
8.	«Сімейний стан»	Вписать: Одружений (Неодружений), Заміжня (Незаміжня).
9.	«Документ, що посвідчує застраховану особу»	Вписать Название, Серию, Номер, Дату выдачи и Кем выдан документ.
10.	«Домашня адреса за паспортом»	Укажите адрес проживания согласно паспорта.
11.	«Місце роботи»	Вписать место работы в настоящий момент.
12.	«Посада (професія)»	Вписать должность, занимаемую в данный момент.
13.	«Службові обов'язки»	Укажите сферу деятельности.
14.	«Кореспонденцію надсилати за адресою (вибрати)»	Нужное отметить знаком «х».
15.	«Вигодонабувачі»	Вписать данные (может быть любой человек по желанию Страхователя с согласия Застрахованного). С пустыми полями Заявление на страхование не ПРИНИМАЕТСЯ. Если Выгодоприобретателей больше четырех, то данные остальных выгодоприобретателей следует указать в дополнении к заявлению.
16.	«Частка страхової виплати»	Сумма % должна равняться 100.
17.	«Страхова сума, грн.»	Отметить цифрами, округление до 2-х знаков после запятой.
18.	«Страховий внесок, грн.»	Отметить цифрами, округление до 2-х знаков после запятой.
19.	«Періодичність внесення страхових платежів»	Нужное отметить «х».
20.	«Термін дії програми страхування та внесення страхових платежів, років»	Отметить цифрами. Срок действия программы и срок внесения страховых платежей совпадает. Срок действия от 10-ти лет и более.
21.	«Всього Страхових внесків»	Заполняется после того, как рассчитывается Страховой взнос по рискам. Отметить цифрами, округление до 2-х знаков после запятой.
22.	«Бажана дата початку дії Договору»	Отметить цифрами «День/Месяц/Год» (Желаемая дата должна не менее, чем на две недели превышать дату заполнения Заявления на страхование жизни).



ЧЕШКА СТРАХОВА КОМПАНИЯ
Страхування життя

ЗАЯВИ НА УКЛАДАННЯ ДОГОВОРІВ ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ

№ **1000000040**
основний номер

- 1 для Основної програми страхування
- 2 для Додаткової програми страхування



ДЛЯ КОМПАНІЇ

Програма страхування «МОЄ БАГАТСТВО»
Увага! Заяву заповнювати синьою або чорною кульковою ручкою, кожну зміну в заяві підписує Страховальник та вказує дату зміни.
В Заявках для Основної та Додаткової програми страхування Розділи 1, 2, 3, 4 та 6 є Загальними. Розділ 5 розділений на 2-і частини: 1 - для Основної програми страхування; 2 - для Додаткової програми страхування. Контракти на внесення страхових платежів є окремими для кожної програми.

1. СТРАХУВАЛЬНИК

П.І.Б. **ПРОКОПЕНКО ЛЕОНІД ТАРАСОВИЧ**

Сімейний стан **ОДРУЖЕНИЙ** Місце народження **М. Львів**

Дата народження **26 02 1970** Ідентифікаційний номер **5642833008** Жінка Чоловік

Громадянство України Інше

Документ, що посвідчує особу **ПАСПОРТ**

Назва документу **АС № 340624** Коли виданий **22 04 1989**

Серія **Львівським РУГУ МВС України**

Ким виданий **Ч.М. Львові**

Адреса реєстрації

Країна **Україна** Поштовий індекс **40007**

Населений пункт **М. Львів**

Район _____ Область _____

Вулиця **МУРАВИ**

№ будинку **4** № квартири **4А**

Тел. **628208** Моб. тел. **80675366408**

E-mail _____

Місце роботи **ТОВ 'АГРОКОНТРАКТ'**

Назва (повна) **М. Львів вул. СПОЛУЧНА БУД. 23**

Адреса **ДИРЕКТОР З ПРОДАЖУ**

Посада (професія) _____

Службові обов'язки _____

Відношення до Застрахованої особи **БРАТ**

2. КОРЕСПОНДЕНЦІЮ НАДСИЛАТИ ЗА АДРЕСОЮ

Застрахованої особи чи Страховальника За іншою адресою

Місця роботи чи Адресою за паспортом

3. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА

(Заповнюється, якщо Застрахована особа та Страховальник є різними особами)

П.І.Б. **КОВАЛЕНКО ГАЛИНА ЙОСИПІВНА**

Сімейний стан **ОДРУЖЕНА** Місце народження **М. Львів**

Дата народження **12 03 1978** Ідентифікаційний номер **3486224567** Жінка Чоловік

Громадянство України Інше

Документ, що посвідчує особу **ПАСПОРТ**

Назва документу **АС № 642356** Коли виданий **22 06 1997**

Серія **Львівським РУГУ МВС України**

Ким виданий **Ч.М. Львові**

Адреса реєстрації

Країна **Україна** Поштовий індекс **40008**

Населений пункт **М. Львів**

Район _____ Область _____

Вулиця **пр. ПЕРЕМОГИ**

№ будинку **32** № квартири **16**

Тел. **645642** Моб. тел. **80976550403**

E-mail _____

Місце роботи **ТОВ 'САНТА'**

Назва (повна) **М. Львів пр. Грушевського, 9**

Адреса **ВИКОНАВЧИЙ ДИРЕКТОР**

Посада (професія) _____

Службові обов'язки _____

Зразки написання цифр, позначень та букв: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 X
 А а Б б В в Г г Д д Е е Є є Ж ж З з И и І і Й й К к Л л М м Н н О о П п Р р С с Т т У у Ф ф Х х Ц ц Ч ч Ш ш Щ щ Ъ ъ Ю ю Я я

4. ВИГОДОНАБУВАЧІ

(Страховик буде користуватися цими даними з урахуванням застережень, зазначених у Договорі страхування. Страховальник може визначити черговість набуття права отримання страхової виплати. У разі смерті Вигодонабувачів 1-ї черги, право на отримання страхової виплати належить до Вигодонабувачів 2-ї черги.)

Черговість права отримання страхової виплати (1, 2) **1** Частка страхової виплати, % **100**

П.І.Б. **КОВАЛЕНКО ВАЛЕНТИНА КОСТЯНТИНІВНА**

Дата народження **31 12 2000** Ідентифікаційний номер

Адреса **М. Львів пр. ПЕРЕМОГИ буд. 32 кв. 16**

Черговість права отримання страхової виплати (1, 2) **2** Частка страхової виплати, % **100**

П.І.Б. **АСТАХОВА СОФІЯ ВАЛЕНТИНІВНА**

Дата народження **24 02 1977** Ідентифікаційний номер **3445628791**

Адреса **М. Київ пр. Грушевського буд. 2**

Черговість права отримання страхової виплати (1, 2) Частка страхової виплати, %

П.І.Б.

Дата народження Ідентифікаційний номер

Адреса

Черговість права отримання страхової виплати (1, 2) Частка страхової виплати, %

П.І.Б.

Дата народження Ідентифікаційний номер

Адреса

5. СТРАХУВАННЯ

Періодичність внесення страхових платежів: Термін дії програми страхування і внесення страхових платежів, років **20** Код програми страхування

щомісячно щоквартально 2 рази на рік щорічно

Не здійснювати індексацию по Договору добровільного страхування життя Валюта страхування EUR USA UAH

Бажана дата початку дії договору: **15 04 2007**

Частина 1. Основна програма страхування (вибрати один із варіантів: Класик або Накопичення)

Варіант - Класик Накопичення

Дожить чи Смерть Застрахованої особи в результаті Нещасного випадку або Хвороби

Страхова сума **200000 00** Страховий платіж **1988 48**

Дожить чи Смерть Застрахованої особи в результаті Нещасного випадку або Хвороби з виплатою на випадок Смерті в розмірі сплачених внесків за Основною програмою

Розмір страхового платежу вписати в квитанцію для Основної програми з номером: Основний номер заяви - 1

Частина 2. Додаткова програма страхування так ні

<input checked="" type="checkbox"/> Смерть Застрахованої особи в результаті Нещасного випадку або Хвороби	100 00	0 13
<input checked="" type="checkbox"/> Смерть в результаті Нещасного випадку	100000 00	67 60
<input type="checkbox"/> Стійка втрата працездатності в результаті Хвороби або Нещасного випадку (інвалідність I-ї групи)		
<input checked="" type="checkbox"/> Стійка втрата працездатності в результаті Нещасного випадку (інвалідність I-ї або II-ї групи)	100000 00	63 44
<input type="checkbox"/> Постійна часткова втрата працездатності в результаті Нещасного випадку		
<input checked="" type="checkbox"/> Тимчасова часткова втрата працездатності в результаті Нещасного випадку чи Хвороби (фосліталізація) з виплатою 0,2 % від Страхової суми	50000 00	234 00
<input checked="" type="checkbox"/> Тимчасова втрата працездатності через переломи кісток або опіки в результаті Нещасного випадку	25000 00	107 90
Розмір страхового платежу вписати в квитанцію для Додаткової програми з номером: Основний номер заяви - 2	Всього	473 07



6. ДЕКЛАРАЦИЯ

Цим підтверджую, що вся інформація, наведена в цих Заявах на укладання Договорів добровільного страхування життя та відомостях про Застраховану особу, надана мною добровільно, є повною та достовірною, виходячи з моїх знань.

Я розумію, що я повинен(на) повідомити ЗАТ "Чеська страхова компанія Україна-Страхування життя" про всі зміни роду діяльності Застрахованої особи протягом терміну дії Договору(ів) добровільного страхування життя.

Я надаю ЗАТ "Чеська страхова компанія Україна - Страхування життя" право отримувати інформацію від будь-яких лікарів та медичних установ, які коли-небудь лікували мене або до яких я звертався(лася), або від будь-яких страхових компаній, в які я робив(ла) запити щодо мого страхування.

Якщо відповіді написані не моєю рукою, підтверджую, що я їх завірив(ла) і вони відповідають дійсності.

Я згоден(на), що вся інформація, наведена в цих Заявах на укладання Договорів добровільного страхування життя та відомості про Застраховану особу, буде основою Договору(ів) добровільного страхування життя, та якщо буде виявлено навмисне викривлення або приховування інформації, що впливає на прийняття рішення про мого страхування, то ЗАТ "Чеська страхова компанія Україна - Страхування життя" буде мати право розірвати укладені Договори добровільного страхування життя.

Я розумію, що підписання з мого боку цих Заяв не означає укладання Договору(ів) добровільного страхування життя. Я згоден(на) з тим, що Договори добровільного страхування життя наберуть чинності тільки після сплати мною страхового внеску в повному обсязі та у відповідності з рішенням ЗАТ "Чеська страхова компанія Україна - Страхування життя" про умови прийняття на страхування, починаючи з дати, що буде зазначена в Договорах добровільного страхування життя. Я розумію, що факт укладання Договору добровільного страхування життя посвідчується страховим полісом, який буде надано мені тільки після сплати мною страхового внеску в повному обсязі.

Я ознайомлений(на) з Правилами добровільного страхування життя ЗАТ "Чеська страхова компанія Україна - Страхування життя" та умовами Програми страхування і погоджуюся з ними.

Підписано в м. М. ЛІВОВІ

Дата підписання 05 03 2007
д д м м р р р р

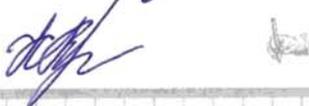
З декларацією згоден(на)
Застрахованою особою бути згоден(на)
Застрахована особа:



З декларацією згоден(на)
Підтверджую отримання Копії даної Заяви
Страховальник:

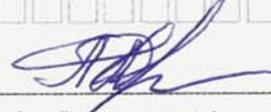


Консультант



Консультант

ЗАТ "Чеська страхова компанія Україна - Страхування життя" гарантує конфіденційність наданої інформації.

ЗАЯВА на здійснення платежу	
Платник: П.І.Б. фізичної особи або назва юридичної особи	ПРОКОПЕНКО ЛЕОНІД ТАРАСОВИЧ
Загальна сума Сума прописом	1988 грн. 48 коп. Одна тисяча дев'яносто вісімдесят вісім гривень сорок вісім копійок
Одержувач: Назва одержувача Код ЄДРПОУ Рахунок одержувача Банк одержувача МФО банку одержувача	ЗАТ «Чеська страхова компанія Україна – Страхування життя» 33783296 2650907785767 Київська регіональна дирекція ВАТ "Райффайзен Банк Аваль" 322904
Призначення платежу: Номер заяви	100 0000040 -1
П.І.Б. платника	ПРОКОПЕНКО ЛЕОНІД ТАРАСОВИЧ
Доповнення	страховий платіж за договором добровільного страхування життя, без ПДВ
Інформація про платника: Адреса постійного проживання	М. ЛЬВІВ ВУЛ. МУРАВИ БУД. 4 КВ. 4А
Контактний телефон	80675366408
05.03.2007 А Д К Н Р Р Р Р (Дата)	 (Особистий підпис платника)
ЗАЯВА на здійснення платежу	
Платник: П.І.Б. фізичної особи або назва юридичної особи	ПРОКОПЕНКО ЛЕОНІД ТАРАСОВИЧ
Загальна сума Сума прописом	473 грн. 07 коп. Чотириста сімдесят три гривні сім копійок
Одержувач: Назва одержувача Код ЄДРПОУ Рахунок одержувача Банк одержувача МФО банку одержувача	ЗАТ «Чеська страхова компанія Україна – Страхування життя» 33783296 2650907785767 Київська регіональна дирекція ВАТ "Райффайзен Банк Аваль" 322904
Призначення платежу: Номер заяви	100 0000040 -2
П.І.Б. платника	ПРОКОПЕНКО ЛЕОНІД ТАРАСОВИЧ
Доповнення	страховий платіж за договором добровільного страхування життя, без ПДВ
Інформація про платника: Адреса постійного проживання	М. ЛЬВІВ ВУЛ. МУРАВИ БУД. 4 КВ. 4А
Контактний телефон	80675366408
05.03.2007 А Д К Н Р Р Р Р (Дата)	 (Особистий підпис платника)

5410/4



ЧЕШЬКА СТРАХОВА КОМПАНИЯ

Страхування життя

МЕДИЧНА АНКЕТА

ДО ЗАЯВИ НА УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ

№ 10000000040 Від 05.03.2007
Д Д М М Р Р Р Р

Увага! Медичну анкету заповнювати друкованими літерами, синьою або чорною кульовою ручкою

1. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА СТРАХУВАЛЬНИК

П.І.Б. КОВАЛЕНКО ГАЛИНА ЙОСИПІВНА

Зріст 165 см. Вага 65 кг. Артеріальний тиск 115/80 мм.рт.ст. Кількість цигарок 5 в день

Чи носите ви окуляри? так ні Якщо «так», вкажіть об'єм діоптрій

Вживання алкоголю (відта кількість за тиждень в літрах): Пиво 05 Міцні напої (>40)

2. ІНФОРМАЦІЯ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я

У разі відповідей "так" на запитання, наведені в даному розділі, більш детальні відповіді вказувати в Розділі 3 Детальна інформація про стан здоров'я

Особа, що заповнює анкету

- | | | |
|---|---|---|
| 1 | Чи маєте Ви поліс або чи подавали Ви заяву на страхування життя або страхування від нещасного випадку чи критичного захворювання? | так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> |
| 2 | Чи пов'язані Ваша професія або хобі з підвищеним ризиком, чи подорожуєте Ви в екологічно небезпечні зони, місця збройних конфліктів та військових дій? | так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> |
| 3 | Чи займаєтесь Ви наступними видами спорту: авто -, мотоспорт, кінний спорт, повітряні види спорту, альпінізм, підводне плавання та пірнання, бойові єдиноборства, боротьба, стрільба, іншими? | так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> |
| 4 | Чи знаходитеся Ви зараз на лікарняному або в процесі лікування захворювання або нещасного випадку? | так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> |

ЧИ ВИ МАЄТЕ АБО МАЛИ

- | | | |
|------|--|--|
| 5 | Захворювання серцево - судинної системи (ішемічна, гіпертонічна хвороби, серцеві пороки, судинні захворювання, ревматизм, дефекти серцевого ритму, емболія, тромбоз)? | так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> |
| 6 | Підвищений кров'яний тиск, захворювання судин або порушення кровообігу? | так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> |
| 7 | Захворювання дихальної системи (астма, бронхіт, пневмонія, туберкульоз та ін.)? | <input checked="" type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> |
| 8 | Хвороби органів травлення (виразкова хвороба, захворювання печінки, підшлункової залози, стравоходу, шлунку, кишечника, прямої кишки)? | так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> |
| 9 | Хвороби сечостатевої системи (сечокам'яна хвороба, захворювання нирок, простати, венеричні хвороби)? | так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> |
| 10 | Питання до жінок: | |
| 10.1 | Хвороби грудної залози, молочної залози, матки, яєчника? | так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> |
| 10.2 | Чи вагітні Ви зараз? | так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> |
| 10.2 | Чи були у Вас ускладнення у випадку вагітності? | так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> |
| 11 | Захворювання ендокринних органів (діабет, хвороби щитовидної залози, підвищений рівень жирності у крові, подагра, захворювання крові, лімфатичних вузлів, дефект імунітету)? | так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> |
| 12 | Хвороби вуха, горла, носа, очей (сліпота, глухота, глухонімота, зниження слуху; короткозорість чи далекозорість - більше 6 діоптрій та ін.)? | так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> |
| 13 | Нервові або поєднані захворювання (епілепсія, тимчасова втрата свідомості, параліч, апоплексичний удар (судинний), розсіяний склероз та ін.)? | так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> |
| 14 | Захворювання м'язово - скелетної системи (артрит, патологічні переломи, біль у хребті)? | так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> |
| 15 | Захворювання крові, рак, пухлини (доброякісні, злоякісні)? | так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> |
| 16 | Захворювання шкіри, екзема, лускатий лишай, варікоз вен? | так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> |
| 17 | Чи ставався з Вами нещасний випадок, який мав сталі наслідки? | так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> |
| 18 | Чи проводилося Вам оперативне лікування (крім видалення апендициту)? | так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> |
| 19 | Чи проходили Ви лікування від алкоголізму, наркоманії, токсикоманії або з приводу психічних розладів, ігроманії (лудоманії)? | так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> |
| 20 | Чи були позитивні результати внаслідок обстеження на вірус СНІД, вірусних гепатитів? | так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> |
| 21 | Чи страждали Ваші батьки, брати або сестри (живі або ті, що вмерли у віці до 60-ти років) від діабету, пухлин, інсульту, захворювань серця, нирок, підвищеного тиску, психічних та інших спадкових хвороб? | так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> |
| 22 | Чи отримуєте Ви пенсію за інвалідністю? | так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> |
| 23 | Чи проходить Ви на даний момент процедуру встановлення інвалідності? | так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> |

Якщо у розділі 2 були позитивні відповіді, вкажіть в Розділі 3 Детальна інформація про стан здоров'я детальніше необхідну інформацію (про перебіг хвороб, висновки лікарів, тривалість лікування, адреси медичних установ, в яких Ви лікувались, прізвища та адреси лікарів та ін.)

Підпис особи, що заповнила анкету

ЗАТ «Чеська страхова компанія Україна - Страхування життя» гарантує конфіденційність наданої інформації.

Заповнюється працівником страхової компанії

Договір добровільного страхування життя

Від Д Д М М Р Р Р Р

515/2

ЗАТ «Чеська страхова компанія Україна - Страхування життя», Московський проспект, буд.9, тел. 8(044)200-0-217, факс 8(044)200-0-215, office@czins.com.ua

Дополнительные вопросы, на которые необходимо ответить при ответе “Да” на соответствующий вопрос медицинской анкеты.

Номер вопроса в Анкете	Дополнительные вопросы
1	Укажите название страховой компании. Вид страхования, Страховая сумма, Срок страхования.
2	Укажите характер профессиональной деятельности. Перечислите Ваши основные обязанности. Как часто Вы подвергаетесь опасности?
2	Перечислите опасные зоны, в которых Вы бываете. Род ваших занятий при нахождении в таких зонах. Как часто Вы ездите или намереваетесь ездить в опасные зоны?
3	Укажите вид спорта и на каком уровне вы им занимаетесь (на профессиональном или любительском)? Как часто занимаетесь? Участвуете ли в соревнованиях?
4	Укажите дату и обстоятельства Несчастливого случая (травмы). Какой диагноз Вам был поставлен? Была ли госпитализация? (Если да, укажите период). Были ли осложнения? Если да, укажите диагноз, какое проводилось лечение и проходите ли Вы лечение в настоящее время. Укажите диагноз, если поставлен, если нет - укажите симптомы.
5 - 20	Укажите диагноз и дату его постановки. На основании каких исследований, анализов был поставлен диагноз? Укажите, какое лечение проводилось и его продолжительность. Была ли госпитализация? Если да, укажите период. Проводилось ли хирургическое вмешательство? Если да, то укажите, какая была проведена операция и когда. Страдаете ли Вы этим заболеванием в настоящее время? Если да, то укажите симптомы.
5 - 6	Укажите цифры “рабочего” и максимального артериального давления.
20	Когда вы последний раз сдавали кровь на анализ? Какие результаты?
21	Укажите дату рождения и степень родства Вашего родственника. Какой диагноз и когда ему был поставлен? Если произошла Смерть, то укажите когда и по какой причине.
22 - 23	Какая группа Вам была присвоена и когда? На основании какого диагноза? Есть ли право на трудовую деятельность? Если да, то какие даны рекомендации по условиям труда?

Если Застрахованный страдает сахарным диабетом, необходимо дополнительно указать:

I.	А) Тип сахарного диабета (I / II , инсулинозависимый / инсулинонезависимый). Дату установления диагноза.
	Б) Как часто Вы проверяете кровь на сахар, сдаете анализы крови и мочи?
	В) Дату и результат последнего анализа крови на гликозилированный гемоглобин (Hb A1c)
	Г) Дату и результат последнего анализа мочи (наличие сахара и белка)
	Д) Отмечалось ли ухудшение зрения? Ставился ли когда-нибудь диагноз “ретинопатия”, “ангиопатия”, “нейропатия”?
	Е) Возникла ли диабетическая кома, иные осложнения - со стороны конечностей, сердца, почек, нервной системы (следует перечислить диагнозы)?

Если Застрахованный страдает бронхиальной астмой, необходимо дополнительно:

II.	А) Указать полный диагноз и дату его установления.
	Б) Указать, как часто возникают приступы, чем провоцируются, чем снимаются.
	В) Указать принимаемые лекарственные препараты (название, дозировку, способ применения ингалятора, таблетки)
	Г) Указать максимальный период нетрудоспособности по поводу астмы за последние два года.
	Д) Приложить к Заявлению / медицинской анкете результат последнего исследования функции внешнего дыхания.