everia life

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ИЗМЕНЕНИЕ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ К ДОГОВОРУ «ЭГИДА»

Я, (ФИО) _____,

являясь Страхователем по договору страхования CF1 № ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

прошу внести следующие изменения в договор страхования (Полис):

Внимание!

Заявление необходимо предоставить в ООО СК «Эверия Лайф» не позднее, чем за **30 календарных дней** до даты внесения изменений. Внесение изменений осуществляется только с даты годовщины полиса, следующей за датой подачи заявления, но не чаще, чем **1 раз в год**

1. Изменение Базовой программы страхования

Прошу изменить страховую сумму по Базовой программе страхования: ☐ 1 000 000 рублей ☐ 500 000 рублей

2. Изменение Дополнительных программ страхования

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ	ВКЛЮЧИТЬ	ИСКЛЮЧИТЬ	СТРАХОВАЯ СУММА (руб.)
Дополнительная программа Застрахованного взрослого [1] - первичное диагностирование инфаркта миокарда или инсульта у Застрахованного взрослого	☐ [2]	☐	☐ 1 000 000 ☐ 500 000
Дополнительная программа Застрахованного ребенка [1,3] - первичное диагностирование онкологического заболевания (рака) у Застрахованного ребенка (Застрахованных детей) - первичное диагностирование доброкачественной опухоли головного мозга у Застрахованного ребенка (Застрахованных детей)	☐ [4]	☐	☐ 1 000 000 ☐ 500 000

[1] Страховая сумма по **Дополнительной программе Застрахованного взрослого** и **Дополнительной программе Застрахованного ребенка (Застрахованных детей)** не может превышать страховую сумму по Базовой программе;

[2] В этом случае в отношении **Дополнительной программы Застрахованного взрослого** договор считается заключенным на основании Правил добровольного страхования жизни по продукту «Эгида», утвержденных приказом Генерального директора № 84 от 30.04.2025г.

[3] При подключении **Дополнительной программы Застрахованного ребенка (Застрахованных детей)** либо при увеличении страховой суммы по данной программе необходимо заполнить Уведомление о Застрахованных детях

[4] В этом случае в отношении **Дополнительной программы Застрахованного ребенка (Застрахованных детей)** договор считается заключенным на основании Правил добровольного страхования жизни по продукту «Эгида», утвержденных приказом Генерального директора № 84 от 30.04.2025 г.

При **увеличении** страховой суммы по **Базовой программе** Застрахованный взрослый подтверждает, что на дату оформления настоящего заявления:

- не имеет диагноз онкологического заболевания, преинвазивного рака, в настоящее время и не имел в прошлом, а также на момент заключения договора страхования не проходит обследование на предмет данных заболеваний (в том числе по поводу лейкемии и лимфомы);
- не имеет действующего направления на медико-социальную экспертизу в связи с онкологическим заболеванием;
- никогда ранее не наблюдался и не наблюдается в настоящее время в онкологическом диспансере;
- не болен СПИДом или не инфицирован вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфицирован);
- не имеет диагностированных психических (нервных) заболеваний или расстройств;
- не занят в работах с радиоактивными веществами или химическими канцерогенами;
- не находится под следствием и не осужден к лишению свободы;
- не является Застрахованным по договорам страхования, содержащих программу страхования (страховые риски) от смертельно опасных заболеваний, если данная программа (страховые риски) была заключена (заключены) на нестандартных условиях (с увеличением страхового тарифа, что привело к увеличению размера страховой премии или понижению страховой суммы, или с дополнительными исключениями или оговорками), и в отношении лиц, которым было на законном основании отказано в заключении договоров личного страхования;

При **подключении** Дополнительной программы Застрахованного взрослого либо при **увеличении страховой суммы** по данной программе Застрахованный взрослый подтверждает**,** что на дату оформления настоящего заявления:

- не имеет диагноз и не проходит обследование на предмет следующих заболеваний: диабет, стенокардия, коронарные заболевания сердца, инфаркт миокарда, сердечная аритмия, требующая лечения, сердечные шумы, ревматическая лихорадка, сердечная недостаточность, а также прочие сердечно-сосудистые заболевания и операции на сердце; инсульт, микро-инсульт, кровоизлияние в мозг, афазия, любые формы эпилепсии или паралича.

Застрахованный взрослый (Ф.И.О.) _____ **подпись**_____

Желаемая дата внесения изменений «_____»_____ 20_____г.

Важно! Изменились ли Ваши персональные данные (или данные остальных участников договора страхования) с момента заключения договора или с момента Вашего последнего обращения по поводу их обновления?

☐ ДА ☐ НЕТ

При ответе «ДА» обязуюсь оформить Заявление на изменение персональных данных и предоставить копии соответствующих документов.

Подтверждаю достоверность и полноту предоставленной мною информации и разрешаю ООО СК «Эверия Лайф» использовать ее для исполнения договора страхования.

Я поставлен(-а) в известность о возможном изменении программы страхования в связи с результатами оценки риска. Я понимаю, что подписание мною настоящего Заявления не означает автоматического изменения условия договора, что изменения оформляются путем выпуска Страховщиком соответствующего Дополнительного соглашения к договору страхования, подписанного Страховщиком с помощью факсимильного воспроизведения подписи уполномоченного лица и печати Страховщика. Путем оплаты страхового взноса по указанному Дополнительному соглашению я выражаю согласие с условиями, изложенными в нем, включая изменение программ страхования, а также с тем, что указанное Дополнительное соглашение вступит в силу с даты и в порядке, установленном в указанном Дополнительном соглашении.

Страхователь (Ф.И.О.)_____**подпись**_____

Дата оформления заявления «_____»_____ 20_____г. Телефон для связи _____

Заполняется агентом: № агентства/название брокера_____

Ф.И.О. агента_____

Дата принятия заявления «____»_____ 20___г. Подпись агента_____

ООО СК «Эверия Лайф», Лицензии Банка России СЖ № 3609 от 27.01.2025 и СЛ № 3609 от 27.01.2025
Адрес юридического лица: 108811, г. Москва, км 22-й (Киевское ш.), двлд.6, стр. 1
Адрес для корреспонденции: 108811, г. Москва, км 22-й (Киевское ш.), двлд.6, стр. 1
Телефон: (495)785-82-00; 8-800-775-82-00

everia life

УВЕДОМЛЕНИЕ О ЗАСТРАХОВАННЫХ ДЕТЯХ

Застрахованные дети должны являться детьми Застрахованного взрослого в соответствии с определением п.1.4.3 Правил добровольного страхования жизни по продукту «Эгида» в возрасте от 0 до 17 лет (включительно)

ЗАСТРАХОВАННЫЙ РЕБЕНОК / ЗАСТРАХОВАННЫЕ ДЕТИ		Данные о Застрахованных детях заполняются при выборе Дополнительной программы в Таблице определения размера страхового взноса		
	Ф.И.О.	**ПОЛ**	**ДАТА РОЖДЕНИЯ**	**НОМЕР СВИДЕТЕЛЬСТВА О РОЖДЕНИИ ИЛИ НОМЕР ПАСПОРТА (если есть)**
4.1		М ☐ Ж ☐		
4.2		М ☐ Ж ☐		
4.3		М ☐ Ж ☐		
4.4		М ☐ Ж ☐		
4.5		М ☐ Ж ☐		

Застрахованный взрослый подтверждает, что ему достоверно известно, что ни один из Застрахованных детей:
• не имеет диагноз онкологического заболевания, преинвазивного рака, в настоящее время и не имел в прошлом, а также на момент заключения договора страхования не проходит обследование на предмет данных заболеваний (в том числе по поводу лейкемии и лимфомы);
• не имеет действующего направления на медико-социальную экспертизу в связи с онкологическим заболеванием;
• никогда ранее не наблюдался и не наблюдается в настоящее время в онкологическом диспансере;
• не болен СПИДом или не инфицирован вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфицирован);
• не имеет диагностированных психических (нервных) заболеваний или расстройств;
• не занят в работах с радиоактивными веществами или химическими канцерогенами;
• не находится под следствием и не осужден к лишению свободы;
• не является Застрахованным по договорам страхования, содержащих программу страхования (страховые риски) от смертельно опасных заболеваний, если данная программа (страховые риски) была заключена (заключены) на нестандартных условиях (с увеличением страхового тарифа, что привело к увеличению размера страховой премии или понижению страховой суммы, или с дополнительными исключениями или оговорками), и в отношении лиц, которым было на законном основании отказано в заключении договоров личного страхования;
• не имеет других действующих договоров страхования по продукту «Эгида»;
• не имеет в настоящее время диагноз доброкачественная опухоль головного мозга.
Застрахованный взрослый дает разрешение любому лечебному учреждению или врачу, страховым организациям, страховым медицинским организациям, территориальным и федеральному Фонду обязательного медицинского страхования, бюро МСЭ, органам исполнительной власти, правоохранительным и иным компетентным органам, работодателю Застрахованного и иным организациям предоставлять Страховщику документы и полную информацию об обстоятельствах страхового события, проведенном лечении, истории заболевания, физическом и психическом состоянии, состоянии здоровья, диагнозе, лечении и прогнозе лечения в отношении Застрахованных детей и подтверждает, что предоставление документов и информации по запросу Страховщика не будет являться нарушением Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных».
Застрахованный взрослый подтверждает, что дети, указанные в Таблице «Уведомление о Застрахованных детях» являются детьми Застрахованного взрослого, в том числе усыновленными (удочеренными), взятыми на попечительство или под опеку в соответствии с действующим законодательством РФ.
Застрахованный взрослый осведомлен, что в соответствии с п. 6.14 Правил сообщение ложных, а также неполных сведений по вопросам, сформулированным в настоящем страховом полисе, может являться основанием для **признания договора страхования недействительным.**

Застрахованный взрослый подтверждает, что дети, указанные в Таблице «Уведомление о Застрахованных детях» являются детьми Застрахованного взрослого, в том числе усыновленными (удочеренными), взятыми на попечительство или под опеку в соответствии с действующим законодательством РФ.

Застрахованный взрослый (Ф.И.О.) _____

подпись _____ **дата**_____

Страхователь (Ф.И.О.)_____

подпись _____ **дата**_____

ООО СК «Эверия Лайф», Лицензии Банка России СЖ № 3609 от 27.01.2025 и СЛ № 3609 от 27.01.2025
Адрес юридического лица: 108811, г. Москва, км 22-й (Киевское ш.), двлд.6, стр. 1
Адрес для корреспонденции: 108811, г. Москва, км 22-й (Киевское ш.), двлд.6, стр. 1
Телефон: (495)785-82-00; 8-800-775-82-00