

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ИЗМЕНЕНИЕ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ к договору «ПРЕМИУМ» и «ПРЕМИУМ ГАРАНТ»

Я, (ФИО) _____,

являясь Страхователем по договору страхования (полису) серия LR №

прошу внести следующие изменения в договор страхования (полис):

Внимание! Заявление необходимо предоставить в ООО СК «Эверия Лайф» не позднее **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 страховую сумму по программе «Смешанное страхование жизни» Базовой программы страхования:

☐ Увеличить ☐ Уменьшить

_____ (укажите страховую сумму в валюте договора страхования)

! Изменение страховой суммы по Базовой (основной) программе возможно только в том случае, если после проведенных изменений до окончания срока действия договора страхования останется **не менее 1 (одного) года**.

! При увеличении страховой суммы по Базовой (основной) программе Застрахованному необходимо заполнить **Анкету Застрахованного** (прилагается) и, при необходимости, дополнительное приложение к Анкете с подробными ответами.

! При уменьшении страховой суммы по Базовой (основной) программе может потребоваться изменение страховых сумм по Дополнительным программам страхования в соответствии с критериями, установленными компанией.

! Размер страховой суммы по Базовой (основной) программе не может быть менее 3 000 долларов США или 100 000 рублей.

! Страховая сумма не может быть уменьшена более чем в 2 раза за 1 изменение (страховая сумма может быть изменена в сторону увеличения без ограничений).

! Страховая сумма не может быть изменена за 1 раз менее чем на 10% от текущей страховой суммы.

2. Изменение Дополнительных программ страхования

Дополнительные программы страхования	Исключить	Включить	Актуализировать	Страховая сумма (укажите сумму в валюте страхования)
Программа СОЗ (только для договоров, заключенных после 01.07.2008)	☐	☐ ¹		
Программа страхования от несчастных случаев:				
смерть Застрахованного в результате НС	☐	☐ ²		
инвалидность Застрахованного в результате НС	☐	☐ ²		
телесные повреждения Застрахованного	☐	☐ ²	☐ ³	
временная нетрудоспособность Застрахованного	☐	☐ ²		
временная нетрудоспособность Застрахованного с расширенной выплатой	☐	☐ ²		
госпитализация Застрахованного	☐	☐ ²		
хирургические операции Застрахованного (только для договоров, заключенных после 01.07.2008)	☐	☐ ²	☐ ⁴	
Программа страхования на случай инвалидности ЛП (только для договоров, заключенных после 01.07.2008)	☐	☐ ⁵		
Программа Хирургические операции в результате болезни: (только для договоров, заключенных после 01.07.2008) ☐ средняя ☐ максимальная	☐	☐ ⁶	☐ ⁷	
Программа освобождения от уплаты взносов в случае инвалидности (только для договоров, заключенных после 01.07.2008):				
☐ Инвалидность Застрахованного I группы	☐	☐ ⁸		
☐ Инвалидность Застрахованного I группы и Инвалидность Застрахованного II группы	☐	☐ ⁸		

☐ Страхователь согласен с увеличением размера страховой премии по Базовой (основной) программе на величину инфляционного индекса, утвержденного приказом по компании, с перерасчетом размера страховых сумм (если применимо).

! При включении дополнительных программ страхования и/или увеличении страховых сумм по ним или отдельным рискам Застрахованному необходимо заполнить Анкету Застрахованного (прилагается) и, при необходимости, дополнительное приложение к Анкете с подробными ответами.

ООО СК «Эверия Лайф», Лицензии Банка России СЖ № 3609 от 09.04.2025 и СЛ № 3609 от 09.04.2025

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

1. В этом случае в отношении **Программы СОЗ** договор страхования считается заключенным:

а) для договоров по продукту «Премиум»(LR1, LR7) - на основании Общих правил добровольного страхования жизни и Дополнительных условий страхования на случай смертельно опасных заболеваний (расширенные) к ним в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 81 от 30.04.2025 г.;

б) для договоров по продукту «Премиум Гарант»(LR5) - на основании Общих правил добровольного страхования жизни № 2 и Дополнительных условий страхования на случай смертельно опасных заболеваний (расширенные) к ним в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 82 от 30.04.2025 г.

2. В этом случае в отношении страховых рисков **Программы НС** договор страхования считается заключенным:

а) для договоров по продукту «Премиум»(LR1, LR7) - на основании Общих правил добровольного страхования жизни и Дополнительных условий к ним по страхованию от несчастных случаев в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 81 от 30.04.2025 г. Кроме того, в отношении страхового риска **«телесные повреждения Застрахованного»** действует таблица размеров страховых выплат в связи со страховыми случаями «телесные повреждения Застрахованного», в отношении страхового риска **«хирургические операции Застрахованного»** действует таблица размеров страховых выплат в связи со страховыми случаями «хирургические операции Застрахованного» в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 81 от 30.04.2025 г.;

б) для договоров по продукту «Премиум Гарант»(LR5) - на основании Общих правил добровольного страхования жизни № 2 и Дополнительных условий к ним по страхованию от несчастных случаев в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 82 от 30.04.2025 г. Кроме того, в отношении страхового риска **«телесные повреждения Застрахованного»** действует таблица размеров страховых выплат в связи со страховыми случаями «телесные повреждения Застрахованного», в отношении страхового риска **«хирургические операции Застрахованного»** действует таблица размеров страховых выплат в связи со страховыми случаями «хирургические операции Застрахованного» в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 82 от 30.04.2025 г.

3. В этом случае страховой риск **«телесные повреждения Застрахованного»** будет изменен путем актуализации (замены) таблицы страховых выплат до последней версии, указанной выше в п.2 (в соответствии с сериями полисов), с учетом изменения стоимости страхового риска (т.е. при условии оплаты Страхователем дополнительной страховой премии).

4. В этом случае страховой риск **«хирургические операции Застрахованного»** будет изменен путем актуализации (замены) таблицы размеров страховых выплат до последней версии, указанной выше в п.2 (в соответствии с сериями полисов), без увеличения стоимости риска (т.е. без уплаты Страхователем дополнительной страховой премии).

5. В этом случае в отношении **Программы страхования на случай инвалидности ЛП** договор страхования считается заключенным:

а) для договоров по продукту «Премиум» (LR1, LR7) - на основании Общих правил добровольного страхования жизни и Дополнительных условий страхования на случай инвалидности I или II группы по любой причине к ним в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 81 от 30.04.2025 г.;

б) для договоров по продукту «Премиум Гарант» (LR5) - на основании Общих правил добровольного страхования жизни № 2 и Дополнительных условий страхования на случай инвалидности I или II группы по любой причине к ним в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 82 от 30.04.2025 г.

6. В этом случае в отношении **Программы Хирургические операции в результате болезни** договор страхования считается заключенным:

а) для договоров по продукту «Премиум»(LR1, LR7) - на основании Общих правил добровольного страхования жизни и Дополнительных условий по страхованию на случай хирургических операций в результате болезни к ним в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 81 от 30.04.2025 г. Кроме того, в отношении страхового риска **«хирургические операции в результате болезни»** действует Таблица размеров страховых выплат в связи со страховыми случаями «хирургические операции в результате болезни» в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 81 от 30.04.2025 г.;

б) для договоров по продукту «Премиум Гарант»(LR5) - на основании Общих правил добровольного страхования жизни № 2 и Дополнительных условий по страхованию на случай хирургических операций в результате болезни к ним в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 82 от 30.04.2025 г. Кроме того, в отношении страхового риска **«хирургические операции в результате болезни»** действует Таблица размеров страховых выплат в связи со страховыми случаями «хирургические операции в результате болезни» в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 82 от 30.04.2025 г.

7. В этом случае **Программа Хирургические операции в результате болезни** будет изменена путем актуализации (замены) таблицы страховых выплат до последней версии, указанной выше в п. 6 (в соответствии с сериями полисов), без увеличения стоимости Программы (т.е. без уплаты Страхователем дополнительной страховой премии).

8. В этом случае в отношении **Программы освобождения от уплаты взносов в случае инвалидности** договор страхования считается заключенным:

а) для договоров по продукту «Премиум» (LR1, LR7) - на основании Общих правил добровольного страхования жизни и Дополнительных условий освобождения от уплаты страховых взносов (расширенные) (освобождение от уплаты взносов в случае инвалидности) к ним в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 81 от 30.04.2025 г.;

б) для договоров по продукту «Премиум Гарант» (LR5) - на основании Общих правил добровольного страхования жизни № 2 и Дополнительных условий освобождения от уплаты страховых взносов (расширенные) (освобождение от уплаты взносов в случае инвалидности) к ним в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 82 от 30.04.2025 г.

! Включение Программы освобождения от уплаты взносов в случае инвалидности возможно только при условии, что возраст Застрахованного на дату начала действия Программы не превышает 60 лет (включительно).

! Включение в договор страхования риска Инвалидность Застрахованного II группы возможно только совместно с подключением риска Инвалидность Застрахованного I группы.

! Включение Программы СОЗ, Программы страхования на случай инвалидности ЛП, Программы Хирургические операции в результате болезни и риска Хирургические операции Застрахованного, а также **увеличение** страховых сумм по ним возможно только при соблюдении следующих условий: страховой возраст Застрахованного на дату начала действия программ или на дату увеличения страховой суммы не превышает 60 лет (включительно). Указанные программы будут отключены в следующую годовщину действия Полиса после исполнения Застрахованному 65 лет, а страховая премия - пересчитана.

Подписывая настоящее заявление, Страхователь подтверждает получение указанных документов.

3. Изменение срока действия договора страхования

Прошу изменить срок действия договора страхования на следующий:
(укажите количество лет от начала действия договора страхования)

- а) для договоров серии **LR1**: ☐ ☐ лет (от 5 до 30 лет включительно)
☐ До годовщины полиса, непосредственно следующей за датой достижения Застрахованным пенсионного возраста

б) для договоров серии **LR5** и **LR7**: ☐ ☐ лет

Важно! для договоров серии LR5 срок договора страхования может быть от 5 до 6 лет включительно
для договоров серии LR7 срок договора страхования может быть от 7 до 45 лет включительно

! Изменение срока действия договора страхования возможно только в том случае, если после проведенных изменений до **окончания** срока действия договора страхования останется **не менее 1-го года**.

! Уменьшение срока действия договора страхования не может быть больше, чем **на 5 лет**.

! При увеличении срока действия договора страхования **Застрахованному** необходимо заполнить Анкету Застрахованного (прилагается) и, при необходимости, дополнительное приложение к Анкете с подробными ответами.

4. Изменение периодичности оплаты взносов

Прошу изменить периодичность оплаты страховой премии по договору страхования на следующую:

- ☐ ежегодно ☐ раз в полгода ☐ ежеквартально

5. Изменение индексации

Прошу индексацию по моему Полису :

- ☐ включить ☐ отменить текущую

Желаемая дата внесения изменений « _____ » _____ **20** _____ **г.**
Дата годовщины полиса

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: _____
ФИО _____ Подпись _____

Телефон для связи: _____ Дата оформления заявления « _____ » _____ **20** _____ **г.**

Заполняется агентом:

Номер агентства/название брокера _____

Ф.И.О. агента _____

Дата принятия заявления « _____ » _____ **202** _____ **г.** Подпись агента _____

Анкета Застрахованного

к заявлению на изменение программы страхования от «_____» _____ 20__ г.

Полис серия _____ № _____

ГОДОВОЙ ДОХОД ЗАСТРАХОВАННОГО (РУБ.):	
☐ до 500 000	☐ 500 001–750 000
☐ 750 001–1 000 000	☐ 1 000 001–2 000 000
☐ 2 000 001–3 000 000	☐ более 3 000 000
заполняется при совокупной страховой сумме свыше 1 500 000 руб., а по риску Госпитализация - свыше 1 500 руб.	
При ответе «Да» на какой-либо вопрос дается подробное описание в дополнительной анкете	
Профессия _____	
Рост (см)	Вес (кг)
Цифры артериального давления (мм.рт.ст.) (последнее измерение):	
Информация о курении за последние 12 месяцев (количество сигарет в день):	
Потребление алкоголя (вид алкоголя и количество за неделю в литрах):	
пиво	вино
крепкие напитки >40	
1. Связана ли Ваша профессиональная деятельность с обстоятельствами повышенного риска (например, работа на высоте свыше 15 м, работа в море, работа под водой, работа в нефтяной или газовой промышленности, работа под землей /в шахте/, работа со взрывчатыми веществами, работа с опасными химическими веществами или составами, работа в охранных фирмах, работа в правоохранительных органах и т.п.)?	☐ Да ☐ Нет
2. Намереваетесь ли Вы путешествовать в «горячие» точки планеты (например, места вооруженных конфликтов, военных действий и т.п.)	☐ Да ☐ Нет
3. Занимаетесь ли Вы в качестве хобби или профессионально авиацией, погружением в воду (например, плавание с аквалангом и т.п.), парашютным спортом, дельтапланеризмом, автомобильными гонками, горными/водными лыжами, парусным спортом, альпинизмом, спелеологией, боксом, борьбой или боевыми искусствами, верховой ездой или другим видом спорта?	☐ Да ☐ Нет
4. Получали ли вы врачебные рекомендации о снижении или отмене потребления табака, алкоголя или наркотических средств в связи с состоянием здоровья?	☐ Да ☐ Нет
5. Застрахована ли Ваша жизнь в ООО СК «Эверия Лайф» или других компаниях? Подавали ли Вы уже заявление о страховании жизни, которое было отклонено или принято на особых условиях?	☐ Да ☐ Нет
6. Были ли у Вас травмы, несчастные случаи за последние 10 лет?	☐ Да ☐ Нет
7. Имеется ли у Вас группа инвалидности? Присваивалась ли Вам когда-либо группа инвалидности?	☐ Да ☐ Нет
8. Проходили ли Вы курс радиационной терапии в лечебных целях? Были ли Вы связаны с радиоактивными материалами и подвергались ли Вы облучению выше установленных норм?	☐ Да ☐ Нет
9. Принимали ли Вы разного рода седативные (например, снотворные) вещества, транквилизаторы (антидепрессанты и т.п.) или наркотические вещества в лечебных или иных целях?	☐ Да ☐ Нет
10. Принимали ли Вы лекарственные препараты непрерывно более 4-х недель?	☐ Да ☐ Нет
11. Болеете ли Вы в настоящий момент? Намереваетесь ли Вы обратиться к врачу в течение ближайших 4 недель?	☐ Да ☐ Нет
12. Проходили ли Вы медицинское освидетельствование, лечение или исследовали ли Вы кровь в связи с заболеваниями, передающимися половым путем или в связи с гепатитами? Обнаруживали ли у Вас ВИЧ-инфекцию (СПИД)?	☐ Да ☐ Нет
БОЛЕЛИ ЛИ ВЫ КОГДА-НИБУДЬ СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (вне зависимости от давности диагностирования):	
13. Артериальная гипертония (повышенное кровяное давление), заболевания сосудов, нарушение кровообращения (например, энцефалопатия, атеросклероз сосудов, варикозная болезнь вен и т.п.)?	☐ Да ☐ Нет
14. Любое заболевание сердечно-сосудистой системы (например, аритмия, эндокардит, шумы, ишемическая болезнь, боли за грудиной, одышка или учащенное сердцебиение)?	☐ Да ☐ Нет
15. Болезни органов дыхания (например, астма, бронхит, туберкулез и т.п.)?	☐ Да ☐ Нет
16. Заболевания пищеварительной системы, желчного пузыря или печени (например, язва, хронический гастрит, геморрой, гепатит, желчекаменная болезнь, частые диареи, запоры, отрыжка, изжога и т.п.)?	☐ Да ☐ Нет
17. Заболевания почек или мочеполовой системы (например, гломерулонефрит, пиелонефрит, мочекаменная болезнь частые отеки, белок в моче, камни или венерические заболевания и т.п.)?	☐ Да ☐ Нет
18. Какие-либо нервные или психические заболевания, например, эпилепсия, паркинсонизм или болезнь Паркинсона, временная потеря сознания, паралич или состояние депрессии?	☐ Да ☐ Нет
19. ЛОР заболевания, снижение зрения (близорукость, дальнозоркость более 6 диоптрий) или заболевания глаз (например, ретинодистрофия, ретинопатия и т.п.)?	☐ Да ☐ Нет
20. Заболевания опорно-двигательного аппарата, в том числе аутоиммунные заболевания (например, склеродермия, системная красная волчанка, заболевания мышц, костей, суставов, позвоночника и т.п.)?	☐ Да ☐ Нет
21. Диабет, заболевания щитовидной железы или др. болезни эндокринной системы?	☐ Да ☐ Нет
22. Новообразования (опухоли злокачественные или доброкачественные), в т.ч. заболевания крови?	☐ Да ☐ Нет
23. Проходили ли Вы специальные обследования (рентген, ЭКГ, УЗИ и др.) в связи с заболеваниями за последние 5 лет?	☐ Да ☐ Нет
24. ВОПРОС ДЛЯ ЖЕНЩИН: Какие-либо заболевания женских половых органов (например, придатков, матки и т.п.), молочных желез, осложненные беременности, роды или выкидыши?	☐ Да ☐ Нет
24.1. Беременны ли вы сейчас?	☐ Да ☐ Нет
25. ВОПРОС ДЛЯ МУЖЧИН: Какие-либо заболевания мужских половых органов (например, простатит, в том числе хронический, варикоцеле, гидроцеле)?	☐ Да ☐ Нет
26. ИСТОРИЯ СЕМЬИ: Страдали ли от диабета, рака, инсульта, заболеваний сердца или болезней почек Ваши родители, братья или сестры, живые или умершие в возрасте до 60 лет?	☐ Да ☐ Нет
27. Другие болезни, операции, госпитализации, нетрудоспособность, отравления, несчастные случаи за последние 5 лет?	☐ Да ☐ Нет

Я, _____ (Ф.И.О. Застрахованного)

заявляю, что мои ответы на вопросы, приведенные выше, являются полными и правдивыми. Я предоставляю ООО СК «Эверия Лайф» полное право использовать сообщенную мной информацию для индивидуальной оценки риска, связанного с принятием меня на страхование, заключения и исполнения договора страхования, а также в связи с изменением условий страхования. Я понимаю, что должен (должна) сообщить ООО СК «Эверия Лайф» обо всех изменениях в роде деятельности и увлечениях, связанных с риском несчастного случая. В случае необходимости медицинского заключения для подписания или изменения договора страхования согласен (согласна) на прохождение медицинского обследования. Разрешаю любым медицинским организациям или врачам, страховым организациям, страховым медицинским организациям, фондам обязательного медицинского страхования, в том числе территориальным, бюро МСЭ, правоохранительным и иным органам, учреждениям, военным комиссариатам, моему работодателю и иным организациям предоставлять ООО СК «Эверия Лайф» документы и полную информацию об обстоятельствах событий, имеющих признаки страховых случаев, о моей истории заболеваний, физическом и психическом состоянии, состоянии здоровья, диагнозе, проведенном лечении, прогнозе лечения и подтверждаю, что предоставление документов и информации по запросу ООО СК «Эверия Лайф» 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». С изменением программы страхования согласен.

Застрахованный _____

(подпись)

(дата)

ООО СК «Эверия Лайф» обязуется обеспечить конфиденциальность предоставленной информации

ООО СК «Эверия Лайф», Лицензия Банка России СЖ №3609 от 09.04.2025 г. и СЛ №3609 от 09.04.2025 г.

Телефон: (495) 785 82 00; 8 800 775 82 00. 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

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ,
на которые необходимо ответить при ответе «Да» на соответствующий вопрос анкеты Застрахованного**

№ вопроса в анкете	Дополнительные вопросы
1	1) Укажите характер профессиональной деятельности; 2) Перечислите Ваши основные обязанности; 3) Как часто Вы подвергаетесь опасности?
2	1) Перечислите "Горячие точки" (ГТ), в которые Вы ездите или намереваетесь ездить; 2) Род Ваших занятий при выезде в ГТ; 3) Как часто Вы ездите или намереваетесь ездить в ГТ?
3	1) Укажите вид спорта и на каком уровне Вы занимаетесь (профессиональном или любительском); 2) Участвуете ли в соревнованиях? 3) Как часто занимаетесь?
4	1) Укажите диагноз, в связи с которым Вы получали рекомендации; 2) Когда Вы получали рекомендации? 3) На протяжении какого периода Вы следовали им?
5	1) Укажите название страховой компании; 2) Вид страхования и дату подачи заявления 3) Страховую сумму; 4) Срок страхования. 5) Было ли отклонено или принято с повышением тарифа?
6	1) Укажите дату и обстоятельства несчастного случая (травмы); 2) Какой диагноз Вам был поставлен? 3) Была ли госпитализация? Если да, укажите период; 4) Были ли осложнения? Если да, укажите диагноз, какое проводилось лечение и страдаете ли в настоящее время.
7	1) Какая группа Вам присвоена и когда? 2) На основании какого диагноза? 3) Есть ли право на трудовую деятельность? Если да, то какие даны рекомендации по условиям труда.
8	1) С какими именно материалами Вы были связаны? 2) Укажите период времени, когда Вы подвергались облучению; 3) Укажите полученную дозу. 4) Если ставился диагноз – укажите дату его постановки, в связи с чем Вы проходили радиационную терапию; 5) Продолжительность лечения
9-10	1) Укажите диагноз и дату его постановки, в связи с чем Вы принимали препараты; 2) Названия препаратов; 3) Продолжительность приема.
11	1) Укажите диагноз, если он поставлен, если нет укажите симптомы. 2) Укажите причину, по которой Вы намереваетесь обратиться к врачу; 3) К какому специалисту и когда Вы намереваетесь обратиться?
12-25, 27	1) Укажите диагноз и дату его постановки; 2) На основании каких исследований, анализов был поставлен диагноз? 3) Укажите, какое лечение проводилось и его продолжительность; 4) Была ли госпитализация? Если да, укажите период; 5) Проводилось ли хирургическое вмешательство, если да, то укажите какая была проведена операция и когда? 6) Страдаете ли вы этим заболеванием в настоящее время? Если да, то укажите симптомы; 7) 13, 14 вопросы. Укажите цифры "рабочего" и максимального давления; 8) 12 вопрос. Когда Вы проходили в последний раз исследование крови? И какие результаты?
23	1) Укажите диагноз и дату его постановки, в связи с чем Вы проходили обследование; 2) Вид обследования; 3) Дату последнего проведения обследования и диагноз.
26	1) Укажите дату рождения и степень родства Вашего родственника; 2) Какой диагноз и когда ему был поставлен? 3) Если произошла смерть, то укажите, когда и по какой причине.
1	Если Застрахованный страдает сахарным диабетом, необходимо дополнительно указать: 1) Тип сахарного диабета (I; II; инсулинзависимый/инсулиннезависимый). Дату установления диагноза. 2) Как часто Вы проверяете кровь на сахар, сдаете анализы крови и мочи? 3) Дату и результат последнего анализа крови на гликозилированный гемоглобин (Hb A1c). 4) Дату и результат последнего анализа мочи (наличие сахара и белка). 5) Отмечалось ли ухудшение зрения? Ставился ли когда-нибудь диагноз "ретинопатия", "ангиопатия", "нейропатия"? 6) Возникала ли диабетическая кома, иные осложнения со стороны конечностей, сердца, почек, нервной системы (следует перечислить диагнозы)?
2	Если Застрахованный страдает бронхиальной астмой, необходимо дополнительно: 1) Указать полный диагноз и дату его установления. 2) Указать, как часто возникают приступы, чем провоцируются, чем снимаются. 3) Указать принимаемые лекарственные препараты (название, дозировку, способ применения (ингалятор, таблетки)). 4) Указать максимальный период нетрудоспособности по поводу астмы за последние два года. 5) Приложить к Заявлению результат последнего исследования функции внешнего дыхания.

[illegible]

Я, _____
(Ф.И.О. Застрахованного)

заявляю, что мои ответы на вопросы, приведенные выше, являются полными и правдивыми. Я предоставляю ООО СК «Эверия Лайф» полное право использовать сообщенную мной информацию для индивидуальной оценки риска, связанного с принятием меня на страхование, заключения и исполнения договора страхования, а также в связи с изменением условий страхования. Я понимаю, что должен (должна) сообщить ООО СК «Эверия Лайф» обо всех изменениях в роде деятельности и увлечениях, связанных с риском несчастного случая. В случае необходимости медицинского заключения для подписания или изменения договора страхования согласен (согласна) на прохождение медицинского обследования. Разрешаю любому медицинским организациям или врачам, страховым организациям, страховым медицинским организациям, фондам обязательного медицинского страхования, в том числе территориальным, бюро МСЭ, правоохранительным и иным органам, учреждениям, военным комиссариатам, моему работодателю и иным организациям предоставлять ООО СК «Эверия Лайф» документы и полную информацию об обстоятельствах событий, имеющих признаки страховых случаев, о моей истории заболеваний, физическом и психическом состоянии, состоянии здоровья, диагнозе, проведенном лечении, прогнозе лечения и подтверждаю, что предоставление документов и информации по запросу ООО СК «Эверия Лайф» 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». С изменением программы страхования согласен.

Застрахованный _____ (подпись) _____ (дата)

ООО СК «Эверия Лайф» обязуется обеспечить конфиденциальность предоставленной информации
 ООО СК «Эверия Лайф», Лицензии Банка России СЖ №3609 от 09.04.2025 г. и СЛ №3609 от 09.04.2025 г.
 Телефон: (495) 785 82 00; 8 800 775 82 00. 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