

- не является Застрахованным по договорам страхования, содержащим 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;
- уведомлен(-на) о том, что ООО СК «Эверия Лайф» имеет право обратиться в суд с иском о признании Договора страхования недействительным, если в настоящей Декларации им (Застрахованным) были предоставлены ложные или недостоверные сведения;
- дает свое согласие на прохождение им при наступлении страхового случая (в случае необходимости) медицинской экспертизы в указанном ООО СК «Эверия Лайф» медицинском учреждении. Расходы по проведению медицинской экспертизы оплачиваются ООО СК «Эверия Лайф»;
- дает разрешение любому лечебному учреждению или врачу, куда и к кому Застрахованный обращался(-лась) или будет обращаться в течение срока действия Договора страхования, предоставлять ООО СК «Эверия Лайф» полную информацию, касающуюся состояния здоровья Застрахованного.

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

3. Изменение периода накопления

Прошу изменить период накопления на следующий:

☐ ☐ лет (укажите количество лет от начала действия договора страхования)

! Период накопления может составлять от 10 до 30 лет (с шагом 1 год)

! Изменение периода накопления возможно только в том случае, если после проведенных изменений до **окончания** периода накопления останется **не менее 1-го года**

! Уменьшение периода накопления **не может быть более чем на 5 лет**

4. Изменение периода выплаты пенсии (гарантированного периода)

Прошу изменить гарантированный период на следующий:

☐ 5 лет ☐ 10 лет ☐ 15 лет ☐ 20 лет

5. Изменение периодичности пенсионных выплат

Прошу изменить периодичность пенсионных выплат на следующую:

☐ ежегодно ☐ раз в полгода ☐ ежеквартально ☐ ежемесячно

6. Изменение периодичности оплаты взносов

Прошу изменить периодичность оплаты страховой премии по Полису на следующую:

☐ ежегодно ☐ раз в полгода ☐ ежеквартально

7. 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

Дата оформления заявления « _____ » _____ 20____ г.

Телефон для связи: _____

Заполняется агентом:

Номер агентства/название брокера _____

Ф.И.О. агента _____

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