



## 2.2. Изменение Дополнительной программы страхования от несчастных случаев

| Дополнительная программа НС                                                            | Изменить                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Телесные повреждения Застрахованного (только для договоров, заключенных до 02.10.2017) | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |

4 ! В отношении страхового риска «телесные повреждения Застрахованного» дополнительной Программы НС, указанного в п.2.1 и 2.2, договор страхования считается заключенным на основании Общих правил добровольного страхования жизни и Дополнительных условий страхования от несчастных случаев к ним, утвержденных приказом Генерального директора № 81 от 30.04.2025 г., а также Таблицы размеров страховых выплат в связи со страховыми случаями «телесные повреждения Застрахованного», утвержденной приказом Генерального директора № 81 от 30.04.2025 г.

Страхователь подтверждает получение указанных документов.

### 3. Изменение срока страхования

Прошу изменить срок действия Полиса на следующий:

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

**Внимание!** для договоров серии GL1 срок страхования может составлять от 5 до 30 лет включительно  
для договоров серии GL7 срок страхования может составлять от 7 до 30 лет включительно

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

**! Уменьшение срока страхования не может быть более, чем на 5 лет.**

**! Если текущий срок страхования составляет не более 9 лет (включительно), то новый срок страхования также должен быть не более 9 лет (включительно);**

**Если текущий срок страхования составляет не менее 10 и не более 19 лет (включительно), то новый срок страхования также должен быть не менее 10 и не более 19 лет (включительно);**

**Если текущий срок страхования составляет не менее 20 лет (включительно), то новый срок страхования также должен быть не менее 20 лет (включительно).**

**! При увеличении срока 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 Полису 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.):<br><input type="checkbox"/> до 500 000 <input type="checkbox"/> 500 001–750 000 <input type="checkbox"/> 750 001–1 000 000 <input type="checkbox"/> 1 000 001–2 000 000 <input type="checkbox"/> 2 000 001–3 000 000 <input type="checkbox"/> более 3 000 000<br>заполняется при совокупной страховой сумме свыше 1 500 000 руб., а по риску Госпитализация - свыше 1 500 руб.                                                                                            |                |
| Профессия _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                |
| Рост (см) _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Вес (кг) _____ |
| Цифры артериального давления (мм.рт.ст.) (последнее измерение): _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |
| Потребление алкоголя (вид алкоголя и количество за неделю в литрах):<br>пиво _____ вино _____ крепкие напитки >40 _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |
| Информация о курении за последние 12 месяцев (количество сигарет в день): _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                |
| <b>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.)?</b>                                                                                              |                |
| Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |
| <b>2. Намереваетесь ли Вы путешествовать в «горячие» точки планеты (например, места вооруженных конфликтов, военных действий и т.п.)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |
| Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |
| <b>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?</b>                                                                                                                                                    |                |
| Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |
| <b>4. Получали ли вы врачебные рекомендации о снижении или отмене потребления табака, алкоголя или наркотических средств в связи с состоянием здоровья?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |
| Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |
| <b>5. Застрахована ли Ваша жизнь и здоровье в ООО СК «Эверия Лайф» или других компаниях? Подавали ли Вы уже заявление о страховании жизни, которое было отклонено или принято на особых условиях?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |
| Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |
| <b>6. Были ли у Вас травмы, несчастные случаи за последние 10 лет?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |
| Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |
| <b>7. Имеется ли у Вас группа инвалидности? Присваивалась ли Вам когда-либо группа инвалидности</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                |
| Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |
| <b>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?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |
| Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |
| <b>9. Принимали ли Вы разного рода седативные (например, снотворные) вещества, транквилизаторы (антидепрессанты и т.п.) или наркотические вещества в лечебных или иных целях?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                |
| Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |
| <b>10. Принимали ли Вы лекарственные препараты непрерывно более 4-х недель?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                |
| Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |
| <b>11. Болеее ли Вы в настоящий момент? Намереваетесь ли Вы обратиться к врачу в течение ближайших 4 недель?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |
| Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |
| <b>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)?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                |
| Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |
| <b>БОЛЕЛИ ЛИ ВЫ КОГДА-НИБУДЬ СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (вне зависимости от давности диагностирования):</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                |
| <b>13. Артериальная гипертония (повышенное кровяное давление), заболевания сосудов, нарушение кровообращения (например, энцефалопатия, атеросклероз сосудов, варикозная болезнь вен и т.п.)?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |
| Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |
| <b>14. Любое заболевание сердечно-сосудистой системы (например, аритмия, эндокардит, шумы, ишемическая болезнь, боли за грудиной, одышка или учащенное сердцебиение)?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                |
| Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |
| <b>15. Болезни органов дыхания (например, астма, бронхит, туберкулез и т.п.)?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                |
| Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |
| <b>16. Заболевания пищеварительной системы, желчного пузыря или печени (например, язва, хронический гастрит, геморрой, гепатит, желчекаменная болезнь, частые диареи, запоры, отрыжка, изжога и т.п.)?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |
| Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |
| <b>17. Заболевания почек или мочеполовой системы (например, гломерулонефрит, пиелонефрит, мочекаменная болезнь частые отеки, белок в моче или венерические заболевания и т.п.)?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                |
| Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |
| <b>18. Какие-либо нервные или психические заболевания, например, эпилепсия, паркинсонизм или болезнь Паркинсона, временная потеря сознания, паралич или состояние депрессии?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |
| Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |
| <b>19. ЛОР заболевания, снижение зрения (близорукость, дальнозоркость более 6 диоптрий) или заболевания глаз (например, ретинодистрофия, ретинопатия и т.п.)?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                |
| Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |
| <b>20. Заболевания опорно-двигательного аппарата, в том числе аутоиммунные заболевания (например, склеродермия, системная красная волчанка, заболевания мышц, костей, суставов, позвоночника и т.п.)?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                |
| Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |
| <b>21. Диабет, заболевания щитовидной железы или др. болезни эндокринной системы?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |
| Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |
| <b>22. Новообразования (опухоли злокачественные или доброкачественные), в т.ч. заболевания крови?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |
| Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |
| <b>23. Проходили ли Вы специальные обследования (рентген, ЭКГ, УЗИ и др.) в связи с заболеваниями за последние 5 лет?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                |
| Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |
| <b>24. (ВОПРОС ДЛЯ ЖЕНЩИН): Какие-либо заболевания женских половых органов (например, придатков, матки и т.п.), молочных желез, осложненные беременности, роды или выкидыши?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |
| Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |
| <b>24.1. Беременны ли вы сейчас?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                |
| Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |
| <b>25. ИСТОРИЯ СЕМЬИ:</b> 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 <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |
| <b>26. Другие болезни, операции, госпитализации, нетрудоспособность, отравления, несчастные случаи за последние 5 лет?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |
| Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |
| <b>27. Получали ли Вы или было ли Вам рекомендовано когда-либо лечение по поводу: Рака молочной железы / рака in situ молочной железы? Рака яичника / рака in situ яичника? Рака маточной трубы / рака in situ маточной трубы? Рака матки / рака in situ матки? Рака шейки матки / рака in situ шейки матки? Рака влагалища или вульвы / рака in situ влагалища или вульвы? Или любого другого злокачественного новообразования, включая злокачественные заболевания крови, такие как лейкомия или лимфома?</b> |                |
| Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |
| <b>28. Было ли у Вас в течение последнего года обследование, которое показало следующее: Аномальные результаты биопсии молочных желез? Аномальные результаты (кроме доброкачественных признаков) маммографии? Аномальные результаты цитологического мазка шейки матки (мазка Папаниколау)? Аномальное кровотечение из влагалища?</b>                                                                                                                                                                            |                |
| Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |
| <b>29. Ожидаете ли Вы в настоящее время результатов каких-либо анализов или обследований (включая цитологический мазок из шейки матки, маммографию, биопсию и т.д.) или было ли Вам рекомендовано повторить какое-либо медицинское обследование вследствие аномальных результатов в прошлом?</b>                                                                                                                                                                                                                |                |
| Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |
| <b>30. Имеете ли Вы действующий страховой полис по поводу женского рака или же подали ли Вы заявления о выдаче такого полиса?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                |
| Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |
| <b>31. Сколько Ваших близких родственников (напр., мать, сестра, дочь) в возрасте до 60 лет болели раком молочных желез, яичников, матки, шейки матки, влагалища или вульвы (включая рак in situ)?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |
| Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |

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)

ООО СК «Эверия Лайф» обязуется обеспечить конфиденциальность предоставленной информации

(дата)

**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;<br>2) Перечислите Ваши основные обязанности;<br>3) Как часто Вы подвергаетесь опасности?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 2                   | 1) Перечислите "Горячие точки" (ГТ), в которые Вы ездите или намереваетесь ездить;<br>2) Род Ваших занятий при выезде в ГТ;<br>3) Как часто Вы ездите или намереваетесь ездить в ГТ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 3                   | 1) Укажите вид спорта и на каком уровне Вы занимаетесь (профессиональном или любительском);<br>2) Участвуете ли в соревнованиях?<br>3) Как часто занимаетесь?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 4                   | 1) Укажите диагноз, в связи с которым Вы получали рекомендации;<br>2) Когда Вы получали рекомендации?<br>3) На протяжении какого периода Вы следовали им?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 5                   | 1) Укажите название страховой компании;<br>2) Вид страхования и дату подачи заявления<br>3) Страховую сумму;<br>4) Срок страхования.<br>5) Было ли отклонено или принято с повышением тарифа?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 6                   | 1) Укажите дату и обстоятельства несчастного случая (травмы);<br>2) Какой диагноз Вам был поставлен?<br>3) Была ли госпитализация? Если да, укажите период;<br>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?<br>2) На основании какого диагноза?<br>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?<br>2) Укажите период времени, когда Вы подвергались облучению;<br>3) Укажите полученную дозу.<br>4) Если ставился диагноз – укажите дату его постановки, в связи с чем Вы проходили радиационную терапию;<br>5) Продолжительность лечения                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 9-10                | 1) Укажите диагноз и дату его постановки, в связи с чем Вы принимали препараты;<br>2) Названия препаратов;<br>3) Продолжительность приема.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 11                  | 1) Укажите диагноз, если он поставлен, если нет укажите симптомы.<br>2) Укажите причину, по которой Вы намереваетесь обратиться к врачу;<br>3) К какому специалисту и когда Вы намереваетесь обратиться?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 12-22,<br>24, 26-28 | 1) Укажите диагноз и дату его постановки;<br>2) На основании каких исследований, анализов был поставлен диагноз?<br>3) Укажите, какое лечение проводилось и его продолжительность;<br>4) Была ли госпитализация? Если да, укажите период;<br>5) Проводилось ли хирургическое вмешательство, если да, то укажите какая была проведена операция и когда?<br>6) Страдаете ли вы этим заболеванием в настоящее время? Если да, то укажите симптомы;<br>7) 13, 14 вопросы. Укажите цифры "рабочего" и максимального давления;<br>8) 12 вопрос. Когда Вы проходили в последний раз исследование крови? И какие результаты?                                                                                         |
| 23,29               | 1) Укажите диагноз и дату его постановки, в связи с чем Вы проходили обследование;<br>2) Вид обследования;<br>3) Дату последнего проведения обследования и диагноз.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 25,31               | 1) Укажите дату рождения и степень родства Вашего родственника;<br>2) Какой диагноз и когда ему был поставлен?<br>3) Если произошла смерть, то укажите, когда и по какой причине.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 1                   | <b>Если Застрахованный страдает сахарным диабетом, необходимо дополнительно указать:</b><br>1) Тип сахарного диабета (I; II; инсулинзависимый/инсулиннезависимый). Дату установления диагноза.<br>2) Как часто Вы проверяете кровь на сахар, сдаете анализы крови и мочи?<br>3) Дату и результат последнего анализа крови на гликозилированный гемоглобин (Hb A1c).<br>4) Дату и результат последнего анализа мочи (наличие сахара и белка).<br>5) Отмечалось ли ухудшение зрения? Ставился ли когда-нибудь диагноз "ретинопатия", "ангиопатия", "нейропатия"?<br>6) Возникала ли диабетическая кома, иные осложнения со стороны конечностей, сердца, почек, нервной системы (следует перечислить диагнозы)? |
| 2                   | <b>Если Застрахованный страдает бронхиальной астмой, необходимо дополнительно:</b><br>1) Указать полный диагноз и дату его установления.<br>2) Указать, как часто возникают приступы, чем провоцируются, чем снимаются.<br>3) Указать принимаемые лекарственные препараты (название, дозировку, способ применения (ингалятор, таблетки)).<br>4) Указать максимальный период нетрудоспособности по поводу астмы за последние два года.<br>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