

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВКЛЮЧЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ СТРАХОВАНИЯ В ДОГОВОР ПО ПРОДУКТАМ «ГЛОРИЯ» И «ГЛОРИЯ ГАРАНТ»**

Я, (ФИО) \_\_\_\_\_,

являясь Страхователем по договору страхования GM \_\_\_ №

прошу включить в договор страхования следующие Дополнительные программы:

| ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ | ВКЛЮЧИТЬ                              | СТРАХОВАЯ СУММА (руб.) |
|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|
| Программа Онлайн-консультации        | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | 100 000                |
| Программа страхования для беременных | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> |                        |

Срок действия подключенных Программ страхования -1(один) календарный год с даты заключения соответствующего Дополнительного соглашения к договору страхования.

<sup>1</sup> В этом случае **Программа Онлайн-консультации** действует на основании Правил добровольного медицинского страхования в редакции, утвержденной приказом № 90 от 30.04.2025 г.

<sup>2</sup> В этом случае **Программа страхования для беременных** действует:

а) для договоров по продукту «Глория» на основании Общих правил добровольного страхования жизни в редакции, утвержденной приказом № 81 от 30.04.2025 г., Дополнительных условий страхования к ним по Программе страхования для беременных в редакции, утвержденной приказом № 34-п от 18.03.2026 г., а также на основании Правил добровольного медицинского страхования в редакции, утвержденной приказом № 90 от 30.04.2025 г.

б) для договоров по продукту «Глория Гарант» на основании Общих правил добровольного страхования жизни № 2 в редакции, утвержденной приказом № 82 от 30.04.2025 г., Дополнительных условий страхования к ним по Программе страхования для беременных в редакции, утвержденной приказом № 34-п от 18.03.2026 г., а также на основании Правил добровольного медицинского страхования в редакции, утвержденной приказом № 90 от 30.04.2025 г.

Кроме того, при включении в договор **Программы страхования для беременных** Застрахованная подтверждает, что:

- не имеет и никогда ранее не имела следующих диагнозов: сахарный диабет, эпилепсия, порок сердца, гипертоническая болезнь с нарушением кровообращения, болезнь легких с дыхательной недостаточностью, хроническая почечная недостаточность, аутоиммунное заболевание (красная волчанка, острые формы ревматизма, цирроз печени); диагностированных заболеваний эндокринной системы в острой форме, заболеваний, характеризующихся нарушением свертываемости крови или онкологических заболеваний;
- не употребляет алкоголь, наркотики, табачные изделия, а также лекарственные препараты, не совместимые с беременностью, с момента беременности;
- имеет медицинских противопоказаний (абсолютных и относительных) для беременности;
- не больна СПИДом или не инфицирована вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфицирован);
- не имеет диагностированных психических заболеваний или расстройств;
- не состоит в близкородственной связи с отцом ребенка (отец ребенка не приходится Застрахованной кровным отцом, сыном или братом);
- не имеет в анамнезе преэклампсию или эклампсию, а также диагностированных хромосомных аномалий и (или) пороков развития у плода по результатам скрининга в прошлые беременности, либо наличие рожденных детей с такими аномалиями;
- в отношении текущей беременности Застрахованной не проводился анализ амниотической жидкости или анализ пуповинной крови, или биопсия хориона, показавший хромосомные аномалии плода, текущие анализы, в т.ч. УЗИ, скрининг, не показывают осложнений и/или аномалий развития плода, или повышенные риски аномалий развития плода;
- не занята в работах на конвейере; на станке, требующих значительных физических усилий или связанных с сильной вибрацией; с большим физическим напряжением; с поднятием и переносом тяжестей (более 10 кг); с сильным шумом; с контактом с химическими и токсическими веществами;
- Застрахованной не известно о наличии наследственных хромосомных заболеваний со стороны отца или матери будущего ребенка;
- текущая беременность на момент подписания декларации не осложнялась госпитализацией;
- в случае беременности свыше 12 недель, состоит на учете по беременности;
- укажите срок текущей беременности: \_\_\_\_\_ недель.

Застрахованная обязуется предоставить Страховщику справку о беременности.

**Застрахованная(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** \_\_\_\_\_

|   |
|---|
| <p><b>Заполняется агентом:</b> № агентства/название брокера _____</p> <p>Ф.И.О. агента _____</p> <p>Дата принятия заявления « _____ » _____ <b>20</b> _____ <b>г.</b>      Подпись агента _____</p> |
|---|