

## ЗАЯВЛЕНИЕ НА ИЗМЕНЕНИЕ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ к договору «ЗВЕЗДОЧКА» и «ЗВЕЗДОЧКА ГАРАНТ»

Я, (ФИО) \_\_\_\_\_,

являясь Страхователем по договору страхования (Полис) серия **CL** №                     

прошу внести следующие изменения в договор страхования (Полис)

### Внимание!

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

### 1. Изменение Базовой программы страхования

Прошу страховую сумму по Базовой программе страхования:

☐ Увеличить    ☐ Уменьшить до \_\_\_\_\_

**Страховая сумма по программе «Страхование на дожитие» Базовой программы страхования устанавливается в зависимости от срока страхования и суммы страховых взносов за весь период страхования, поэтому внесение финансовых изменений в полис приведет к изменению страховой суммы по программе «Страхование на дожитие».**

**! Изменение страховой суммы осуществляется по Базовой программе, которая включает Программы: «Страхование на дожитие», «Возврат взносов в случае смерти», Программу НС и Программу реанимации.**

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

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

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

**! Размер страховой суммы по Базовой программе не может быть менее 250 000 руб.**

**! Страховая сумма не может быть уменьшена более чем в 2 раза за одно 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.**

### 2.1 Изменение Дополнительных программ страхования

| Дополнительные программы страхования                          | Исключить                | Включить                              | Актуализировать                       | Страховая сумма<br>(указать сумму в валюте страхования) |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Программа СОЗ                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> |                                       |                                                         |
| Программа госпитализации в результате болезни                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> |                                       |                                                         |
| Программа хирургические операции в результате болезни         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |                                                         |
| Программа инвалидность в результате инфекционного заболевания | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> |                                       |                                                         |

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

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

а) для договоров по продукту «Звездочка» (CL1, CL7) - на основании Общих правил добровольного страхования жизни и Дополнительных условий по страхованию на случай смертельно опасных заболеваний по продукту «Звездочка» к ним, утвержденных приказом Генерального директора № 81 от 30.04.2025 г.

б) для договоров по продукту «Звездочка Гарант» (CL5) - на основании Общих правил добровольного страхования жизни № 2 и Дополнительных условий по страхованию на случай смертельно опасных заболеваний по продукту «Звездочка Гарант» к ним, утвержденных приказом Генерального директора № 82 от 30.04.2025 г.

**2. В этом случае в отношении Программы госпитализации в результате болезни договор страхования считается заключенным:**

а) для договоров по продукту «Звездочка» (CL1, CL7) - на основании Общих правил добровольного страхования жизни и Дополнительных условий по страхованию на случай госпитализации и/или реанимации в результате несчастного случая или болезни к ним, утвержденных приказом Генерального директора № 81 от 30.04.2025 г.

а) для договоров по продукту «Звездочка Гарант» (CL5) - на основании Общих правил добровольного страхования жизни № 2 и Дополнительных условий по страхованию на случай госпитализации и/или реанимации в результате несчастного случая или болезни к ним, утвержденных приказом Генерального директора № 82 от 30.04.2025 г.

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

а) для договоров по продукту «Звездочка» (CL1, CL7) - на основании Общих правил добровольного страхования жизни и Дополнительных условий по страхованию на случай хирургических операций в результате болезни к ним, утвержденных приказом Генерального директора № 81 от 30.04.2025 г., а также Таблицы размеров страховых выплат в связи со страховыми случаями «хирургические операции в результате болезни», утвержденной приказом Генерального директора № 81 от 30.04.2025 г.

б) для договоров по продукту «Звездочка Гарант» (CL5) - на основании Общих правил добровольного страхования жизни № 2 и Дополнительных условий по страхованию на случай хирургических операций в результате болезни к ним, утвержденных приказом Генерального директора № 82 от 30.04.2025 г., а также 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.

**4. В этом случае Программа Хирургические операции в результате болезни будет изменена путем актуализации (замены) таблицы страховых выплат до последней версии, указанной выше в п. 3, без увеличения стоимости Программы (т.е. без уплаты Страхователем дополнительной страховой премии).**

**Подписывая настоящее заявление, Страхователь подтверждает получение указанных документов.**

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

5. В этом случае в отношении Программы инвалидность в результате инфекционного заболевания договор страхования считается заключенным:

а) для договоров по продуктам «Звездочка» (CL1, CL7) - на основании Общих правил добровольного страхования жизни и Дополнительных условий страхования на случай инвалидности в результате инфекционного заболевания к ним, утвержденных приказом Генерального директора № 81 от 30.04.2025 г.

б) для договоров по продуктам «Звездочка Гарант» (CL5) - на основании Общих правил добровольного страхования жизни № 2 и Дополнительных условий страхования на случай инвалидности в результате инфекционного заболевания к ним, утвержденных приказом Генерального директора № 82 от 30.04.2025 г.

Подписывая настоящее заявление, Страхователь подтверждает получение указанных документов.

## 2.2. Изменение Программы страхования от несчастных случаев

| Программа НС                         | Актуализировать                       |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Телесные повреждения Застрахованного | <input type="checkbox"/> <sup>6</sup> |

6 ! В отношении риска «телесные повреждения Застрахованного» Программы НС, указанного в п. 2.2., договор страхования считается заключенным:

а) для договоров по продукту «Звездочка» (CL1, CL7) - на основании Общих правил добровольного страхования жизни и Дополнительных условий по страхованию от несчастных случаев по продукту «Звездочка» 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» в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 81 от 30.04.2025 г.

б) для договоров по продукту «Звездочка Гарант» (CL5) - на основании Общих правил добровольного страхования жизни № 2 и Дополнительных условий по страхованию от несчастных случаев по продукту «Звездочка Гарант» к ним, утвержденных приказом Генерального директора № 82 от 30.04.2025 г., а также Таблицы размеров страховых выплат в связи со страховыми случаями «телесные повреждения Застрахованного» в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 81 от 30.04.2025 г.

Подписывая настоящее заявление, Страхователь подтверждает получение указанных документов.

## 3. Изменение срока страхования

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

**Важно!** (для договоров серии CL1 срок страхования может быть от 5 до 24 лет (включительно))

(для договоров серии CL7 срок страхования может быть от 7 до 24 лет (включительно))

(для договоров серии CL5 срок страхования может быть от 5 до 6 лет (включительно))

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

**! Уменьшение срока страхования возможно не более чем на 5 лет.**

**! Если % возврата от размера страховых взносов по программе «Страхование на дожитие» Базовой программы договора страхования составляет 50 %, то новый срок страхования должен быть не менее 10 лет.**

**! Если % возврата от размера страховых взносов по программе «Страхование на дожитие» Базовой программы договора страхования составляет 75 %, то новый срок страхования должен быть не менее 20 лет.**

**! При изменении срока страхования % возврата от размера страховых взносов по программе «Страхование на дожитие» Базовой программы договора страхования, определенный при заключении договора страхования, не изменяется.**

**! 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

**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 « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_ г. Телефон для связи: \_\_\_\_\_

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 CL\_\_\_ № \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------|
| Рост (см)<br>□□□                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Вес (кг)<br>□□□ |                                                          |
| 1. Болел ли кто-нибудь из членов семьи, в которой живет ребенок, каким-либо инфекционным заболеванием за последние 3 месяца?                                                                                                                                                                                                                               |                 | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 2. Проводились ли когда-либо ребенку хирургические операции по рекомендации врача?                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 3. Переносил ли ребенок какие-либо болезни, был ли жертвой несчастного случая, была ли в анамнезе операция или ее предполагают сделать?                                                                                                                                                                                                                    |                 | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 4. Лечили ли ребенка когда-либо по поводу наркотической/алкогольной зависимости?                                                                                                                                                                                                                                                                           |                 | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 5. Находится ли ребенок под наблюдением врача в настоящий момент?                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 6. Занимается ли ребенок в качестве хобби или профессионально каким-либо видом спорта?                                                                                                                                                                                                                                                                     |                 | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 7. Были ли осложнения у ребенка после вакцинации? В том числе потребовавшие стационарного лечения?                                                                                                                                                                                                                                                         |                 | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 8. Есть ли у ребенка особые приметы (например, родимые пятна)? Если имеются, указать в свободной форме в дополнительной анкете                                                                                                                                                                                                                             |                 | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| <b>БОЛЕЛ ЛИ РЕБЕНОК КОГДА-НИБУДЬ СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                 |                                                          |
| 9. Заболевания сердца или кровеносных сосудов, а именно: врожденный порок сердца, шумы сердца, клапанная патология, повышенное артериальное давление, миокардит, ревматическая лихорадка, бактериальный эндокардит, аневризма, любые другие пороки?                                                                                                        |                 | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 10. Заболевания носоглотки и легких, а именно: астма, туберкулез, эмфизема, фиброз, острый или хронический бронхит, пневмония, постоянный кашель, плеврит, а также любая опухоль, любой врожденный порок развития (например, расщелина верхней губы "заячья губа" или расщелина твердого неба "волчья пасть")?                                             |                 | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 11. Заболевания желудочно-кишечного тракта, печени и желчного пузыря, а именно: желтуха, гепатит, расстройства функций печени, желчного пузыря или поджелудочной железы, синдром мальабсорбции, заболевания толстого кишечника, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, любой врожденный порок (например, атрезия пищевода, аноректальная атрезия)? |                 | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 12. Заболевания почек, мочевого пузыря, половых органов, а именно: врожденные пороки, пиелонефрит, гломерулонефрит, нефролитиаз, нефротический синдром, любая опухоль, поликистозная болезнь почек; наличие белка, глюкозы или эритроцитов в анализе мочи?                                                                                                 |                 | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 13. Расстройства центральной нервной системы, головного мозга, психические расстройства, а именно: повреждение мозга, травма головы, гидроцефалия, церебральный паралич, задержка в развитии, психические расстройства, расстройства питания, расстройства личности, аутизм, шизофрения, эпилепсия, паралич, менингит, энцефалит, спина бифида?            |                 | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 14. Расстройства глаз и ушей, а именно: любые заболевания глаз (например, катаракта), ухудшение зрения или слепота, любые заболевания ушей, нарушения слуха или глухота?                                                                                                                                                                                   |                 | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 15. Заболевания кожи, костной системы и суставов, а именно: любые врожденные пороки, дисплазия тазобедренного сустава, несовершенный остеогенез, мышечная слабость, дистрофия мышц, любые переломы, болезнь двигательного нейрона, атрофия мышц позвоночника, любая опухоль, ревматическое заболевание, болезнь Стилла?                                    |                 | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 16. Расстройства эндокринной системы и заболевания крови, а именно: сахарный диабет, гипо-/ гипертиреоз, гиперлипидемия, аденогенитальный синдром, синдром Кушинга, болезнь Аддисона, синдром Конна, анемия, лейкопения, болезнь Ходжкина, неходжкинская лимфома, нарушения свертывания крови?                                                             |                 | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 17. Опухоли и инфекционные заболевания, такие как: рак, доброкачественные опухоли, ветрянка, краснуха, корь, полиомиелит, брюшной тиф, малярия, ВИЧ-инфекция?                                                                                                                                                                                              |                 | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 18. ИСТОРИЯ СЕМЬИ РЕБЕНКА: страдали ли от диабета, рака, инсульта, заболеваний сердца или болезней почек родные родители, братья или сестры ребенка, живые или умершие в возрасте до 60 лет?                                                                                                                                                               |                 | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 19. За последние 2 года переносил ли ребенок какие-либо заболевания, получал ли травмы, делали ли ему операции, принимал ли лекарства, находился на стационарном лечении и получал ли любое другое медицинское обслуживание, не упомянутое выше?                                                                                                           |                 | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 20. Укажите название и адрес медицинского учреждения, где наблюдается застрахованный ребенок и имя его лечащего врача (если таковой имеется).                                                                                                                                                                                                              |                 |                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                                                          |
| 21. Укажите текущее место проживания Застрахованного ребенка.                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                 |                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                                                          |
| 22. Страдает ли ребенок врожденными, хроническими заболеваниями или пороками развития?                                                                                                                                                                                                                                                                     |                 | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 23. Болел ли ребенок более 6 раз в год (для детей от 1 до 3 лет), более 5 раз в год (для детей от 4 до 5 лет), более 4 раз в год (для детей старше 5 лет)?                                                                                                                                                                                                 |                 | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 24. Находится ли ребенок на лекарственной терапии в настоящий момент?                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                 | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |

Я, \_\_\_\_\_

(ФИО Застрахованного/Законного представителя)

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 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/Законный представитель \_\_\_\_\_

Подпись

Дата

ООО СК «Эверия Лайф» обязуется обеспечивать конфиденциальность предоставленной информации

ООО «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

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

| № вопроса в анкете | Дополнительные вопросы                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                  | 1) Укажите дату рождения и степень родства родственника к ребенку;<br>2) Каким инфекционным заболеванием член семьи болел за последние 3 месяца?<br>3) Продолжительность лечения? Окончено ли лечение?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 2                  | 1) Укажите диагноз, в связи с которым проводилась хирургическая операция;<br>2) Когда проводилась хирургическая операция?<br>3) На протяжении какого периода Вы следовали им?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 3                  | 1) Укажите дату и обстоятельства несчастного случая (травмы);<br>2) Какой диагноз был поставлен ребенку?<br>3) Была ли госпитализация? Если да, укажите период;<br>4) Были ли осложнения? Если да, укажите диагноз, какое проводилось лечение и страдает ли ребенок в настоящее время.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 4,5                | 1) Укажите диагноз, если он поставлен, если нет укажите симптомы;<br>2) Укажите причину, по которой ребенок обращался к врачу;<br>3) К какому специалисту обращался?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 6                  | 1) Укажите вид спорта и на каком уровне ребенок занимается (профессиональном или любительском);<br>2) Участвует ли в соревнованиях?<br>3) Как часто занимается?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 7                  | 1) От чего была сделана вакцинация?<br>2) Укажите дату вакцинации;<br>3) Какая вакцинация по счету?<br>4) Какие были осложнения?<br>5) Была ли госпитализация? Если да, укажите период;<br>6) Были ли даны врачом рекомендации по лечению?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 8                  | 1) Какая особая примета?<br>2) Укажите размер. Увеличивается или остается без изменений?<br>3) Были ли рекомендованы консультация врача или дополнительное обследование                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 9-16, 22           | 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) Страдает ли ребенок этим заболеванием в настоящее время? Если да, то укажите симптомы;                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 17                 | 1) Если ставился диагноз, укажите дату его постановки;<br>2) Продолжительность лечения;<br>3) Когда ребенок проходил в последний раз исследование крови? И какие результаты?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 18                 | 1) Укажите дату рождения и степень родства родственника ребенка;<br>2) Какой диагноз и когда был ему поставлен?<br>3) Если произошла смерть, то укажите: когда и по какой причине.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 19                 | 1) Укажите диагноз и дату его постановки, в связи с чем ребенок проходил обследование;<br>2) Вид обследования;<br>3) Дату последнего проведения обследования и диагноз.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 23                 | 1) Укажите диагнозы (включая ОРЗ, ОРВИ и др.) и даты болезней (можно примерно);<br>2) Проводились ли обследования ребенка? Если да, то указать какие;<br>3) Были ли госпитализации ребенка или рекомендации к госпитализации?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 24                 | 1) Укажите диагноз и дату его постановки, в связи с чем ребенок принимает препараты;<br>2) Названия препаратов;<br>3) Продолжительность приема.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 16                 | <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 ребенок проверяет кровь на сахар, сдает 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)? |
| 10                 | <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 нахождения на больничном листе по поводу астмы за последние два года.<br>5) Приложить к Заявлению результат последнего исследования функции внешнего дыхания.                                                                                                                                                                       |

## Приложение к Анкете Застрахованного

к заявлению на изменение программы страхования от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Полис серия CL № \_\_\_\_\_

Если в Анкете Застрахованного на какой-либо вопрос Вы ответили «Да», внесите в таблицу номер вопроса и подробные ответы на все дополнительные вопросы, связанные с этим вопросом.

[illegible]

Я, \_\_\_\_\_

(ФИО Застрахованного/Законного представителя )

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 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

Подпись \_\_\_\_\_

Дата

ООО СК «Эверия Лайф» обязуется обеспечивать конфиденциальность предоставленной информации

ООО «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.), д/влд.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