



### 3. Изменение срока оплаты страховой премии по Базовой программе

Прошу изменить срок уплаты страховой премии по Базовой программе:

лет (от 3 до 45 лет включительно, но не более достижения Застрахованным 80 - летнего возраста)

**! Уменьшение срока периода оплаты** страховой премии по Базовой программе не может быть более чем на 5 лет.

### 4. Изменение периодичности оплаты взносов

Прошу изменить периодичность 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

Дата оформления заявления: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Телефон для связи: \_\_\_\_\_                      Подпись: \_\_\_\_\_

**Заполняется агентом:**

Номер агентства/ название брокера \_\_\_\_\_

Ф.И.О. агента \_\_\_\_\_                      подпись агента \_\_\_\_\_

Дата принятия заявления: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

## ДЕКЛАРАЦИЯ ЗАСТРАХОВАННОГО

*(необходимо заполнить при увеличении страховой суммы по Базовой программе или Программе НС, а также при включении Программы НС в договор страхования)*

### **Застрахованный настоящим подтверждает, что:**

- не является инвалидом I-й, II-й, III-й группы, не имеет категорию «ребенок-инвалид», а также не имеет оснований для их присвоения;
- не имеет действующего направления на медико-социальную экспертизу;
- не имеет диагностированных психических (нервных) заболеваний и/или расстройств, включая эпилепсию;
- не имеет диагностированного онкологического (злокачественного) заболевания;
- не имеет диагностированного остеопороза и заболевания метаболизма костной ткани;
- не состоит на учете в наркологических и/или психоневрологических, и/или противотуберкулезных диспансерах;
- не нуждается в постоянном уходе по состоянию здоровья;
- не болен СПИДом и не инфицирован вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфицирован);
- не находится под следствием и не осужден к лишению свободы;
- не имеет отказов в заключении договоров личного страхования или отдельных программ таких договоров;
- не является Застрахованным на условиях настоящих Правил по продукту «ВИТАЛИТИ» на дату заключения договора.

**Застрахованный** \_\_\_\_\_

ФИО

подпись

## АНКЕТА ЗАСТРАХОВАННОГО

(заполняется в том случае, если Застрахованный не может подписать декларацию или страховая сумма по Базовой программе > 150 тыс.руб.)

При ответе «Да» на какой-либо вопрос дается подробное описание в дополнительном опроснике.		
Рост (см)	Вес (кг)	Цифры артериального давления (мм.рт.ст.) (последнее измерение):
Информация о курении за последние 12 месяцев (количество сигарет в день): _____		
Потребление алкоголя (вид алкоголя и количество за неделю в литрах): пиво _____ вино _____ крепкие напитки (40 и более) _____		
СООТВЕТСТВУЕТЕ ЛИ ВЫ ТРЕБОВАНИЯМ ДЕКЛАРАЦИИ: (если отметка проставлена в ячейке «НЕТ», укажите какому именно требованию декларации Вы не соответствуете):		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
БОЛЕЛИ ЛИ ВЫ КОГДА-НИБУДЬ СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ:		
1. Артериальная гипертония (повышенное кровяное давление), заболевание сосудов, нарушение кровообращения?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2. Любое заболевание сердечно-сосудистой системы (например, эндокардит, шумы, ишемическая болезнь сердца, боли за грудиной, отдышка или учащенное сердцебиение)?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3. Новообразования (опухоли злокачественные или доброкачественные), в том числе заболевания крови?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4. Имеете ли Вы группу инвалидности, была ли вам рекомендована медико-социальная экспертиза?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5. Ставился ли Вам диагноз заболевания, прямо или косвенно связанный: с гепатитом В, С; ВИЧ- инфекцией, СПИДом или любым другим аналогичным синдромом?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
6. Принимаете ли Вы лекарства регулярно?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
7. Принимаете ли Вы лекарства в текущий момент?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Застрахованный \_\_\_\_\_

ФИО

подпись