

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ИЗМЕНЕНИЕ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ к договору «СОЛНЫШКО» и «СОЛНЫШКО ГАРАНТ»

Я, (ФИО) _____,

являясь Страхователем по договору страхования LC №

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 _____

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

! При уменьшении страховой суммы по Базовой (основной) программе может потребоваться уменьшение страховых сумм по Дополнительным программам страхования в соответствии с критериями, установленными компанией.

! Размер страховой суммы по Базовой (основной) программе не может быть менее 100 000 рублей.

! Страховая сумма не может быть уменьшена более чем в 2 раза за 1 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. Изменение Дополнительных программ страхования

| ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ | ИСКЛЮЧИТЬ | ВКЛЮЧИТЬ | СТРАХОВАЯ СУММА (руб.) |
|---|--------------------------|--|------------------------|
| 2.1. ИЗМЕНЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ В ДОГОВОРАХ СЕРИИ LC1 (заключенные до 01.04.2022 г.): | | | |
| Программа Страхования на срок ОЗ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¹ | |
| Программа НС ОЗ (смерть НС, инвалидность НС, телесные повреждения, госпитализация) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ² | |
| Программа НС ЗР (тяжкие телесные повреждения, телесные повреждения, госпитализация) При увеличении страховой суммы по программе свыше 1,5 млн.руб. произойдет актуализация риска «телесные повреждения». При этом действует таблица размеров страховых выплат в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 20 от 03.02.2025 г. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ² | |
| Программа СОЗ 7 | <input type="checkbox"/> | НЕВОЗМОЖНО | |
| Программа СОЗ ОЗ (только для договоров, заключенных после 01.07.2008 г.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ³ | |
| Программа СОЗ ЗР (для детей старше 1 года) (только для договоров после 01.07.2008 г.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ³ | |
| Программа страхования Инвалидности НС ЗР (для детей старше 1 года) (только для договоров, заключенных после 01.07.2008 г.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ² | |
| Программа госпитализации ЗР (для детей старше 1 года) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ⁴ | |
| Программа реанимации ЗР (для детей старше 1 года) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ⁴ | |
| Программа Хирургические операции в результате НС ЗР (для детей старше 1 года) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ² | |
| Программа Хирургические операции в результате болезни ЗР (для детей старше 1 года) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ⁵ | |
| Программа освобождения от уплаты взносов в случае инвалидности (только для договоров, заключенных после 01.07.2008 г.) | | | |
| <input type="checkbox"/> Инвалидность Основного Застрахованного I группы | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ⁶ | |
| <input type="checkbox"/> Инвалидность Основного Застрахованного I группы и Инвалидность Основного Застрахованного II группы | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ⁶ | |
| 2.2. ИЗМЕНЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ В ДОГОВОРАХ СЕРИИ LC5 и LC7 (заключенные с 01.04.2022 г.): | | | |
| ПРОГРАММЫ ПО ЗАЩИТЕ ЗАСТРАХОВАННОГО РЕБЕНКА: | | | |
| Программа НС ЗР (инвалидность НС, телесные повреждения ЗР, госпитализация ЗР) При увеличении страховой суммы по программе свыше 1,5 млн.руб. произойдет актуализация риска «телесные повреждения ЗР». При этом действует таблица размеров страховых выплат в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 20 от 03.02.2025 г. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ⁷ | |
| Программа СОЗ ЗР (для детей старше 1 года) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ⁸ | |
| Программа реанимации ЗР (для детей старше 1 года) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ⁹ | |
| Программа госпитализации ЗР с прогрессивной выплатой в результате болезни (для детей старше 1 года) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ⁹ | |
| Программа Хирургические операции в результате НС ЗР (для детей старше 1 года) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ⁷ | |
| Программа Хирургические операции в результате болезни ЗР (для детей старше 1 года) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¹⁰ | |
| ПРОГРАММЫ БАЗОВОЙ ЗАЩИТЫ ОСНОВНОГО ЗАСТРАХОВАННОГО: | | | |
| Программа Страхование на срок ОЗ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¹¹ | |
| Программа Временная нетрудоспособность ОЗ по уходу за ЗР | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ⁷ | |

| ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ | ИСКЛЮЧИТЬ | ВКЛЮЧИТЬ | СТРАХОВАЯ СУММА (руб.) |
|---|--------------------------|--|------------------------|
| Программа освобождения от уплаты взносов в случае инвалидности <input type="checkbox"/> Инвалидность Основного Застрахованного I группы <input type="checkbox"/> Инвалидность Основного Застрахованного I группы и Инвалидность Основного Застрахованного II группы | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¹² | |
| Программа освобождения от уплаты взносов в случае заболевания Первичное диагностирование СОЗ ОЗ Первичное диагностирование СЗ ОЗ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¹³ | |
| ПРОГРАММЫ РАСШИРЕННОЙ ЗАЩИТЫ ОСНОВНОГО ЗАСТРАХОВАННОГО: | | | |
| Программа НС ОЗ: | | | |
| смерть ОЗ в результате НС | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ⁷ | |
| инвалидность ОЗ в результате НС | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ⁷ | |
| телесные повреждения ОЗ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ⁷ | |
| госпитализация ОЗ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ⁷ | |
| хирургические операции ОЗ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ⁷ | |
| временная нетрудоспособность ОЗ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ⁷ | |
| Программа СОЗ ОЗ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ⁸ | |
| Программа Хирургические операции в результате болезни ОЗ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¹⁰ | |

Страхователь согласен с увеличением размера страховой премии по Базовой (основной) программе на величину инфляционного индекса, утвержденного приказом по компании, с перерасчетом страховых сумм (если применимо).

! 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.

При включении Дополнительных программ в договоры по продукту «Солнышко» серии LC1 (заключенные до 01.04.2022 г.):

1. В этом случае в отношении Программы Страхования на срок ОЗ договор страхования считается заключенным на основании Общих правил добровольного страхования жизни в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 81 от 30.04.2025 г.

2. В этом случае в отношении Программы НС ОЗ, Программы НС ЗР, Программы страхования инвалидности НС ЗР и Программы Хирургические операции в результате НС ЗР договор страхования считается заключенным на основании Общих правил добровольного страхования жизни и Дополнительных условий по страхованию от несчастных случаев (по программе Солнышко (LC) в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 81 от 30.04.2025 г.

При этом:

- в отношении рисков «телесные повреждения ОЗ» и «телесные повреждения ЗР» действует таблица размеров страховых выплат в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 81 от 30.04.2025 г.;

- в отношении риска «хирургические операции НС ЗР» действует таблица размеров страховых выплат в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 81 от 30.04.2025 г.

3. В этом случае в отношении Программы СОЗ ОЗ и Программы СОЗ ЗР договор страхования считается заключенным на основании Общих правил добровольного страхования жизни в редакции и Дополнительных условий по страхованию на случай смертельно опасных заболеваний (расширенные, включая страхование детей) к ним в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 81 от 30.04.2025 г.

4. В этом случае в отношении Программы госпитализации ЗР с прогрессивной выплатой в результате болезни и Программы реанимации ЗР договор страхования считается заключенным 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 в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 81 от 30.04.2025 г.

5. В этом случае в отношении Программы Хирургические операции в результате болезни ЗР договор страхования считается заключенным на основании Общих правил добровольного страхования жизни и Дополнительных условий по страхованию на случай хирургических операций в результате болезни к ним в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 81 от 30.04.2025 г. При этом, в отношении риска «хирургические операции в результате болезни ЗР» действует таблица размеров страховых выплат в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 81 от 30.04.2025 г.

6. В этом случае в отношении Программы освобождения от уплаты взносов в случае инвалидности договор страхования считается заключенным на основании Общих правил добровольного страхования жизни в редакции и Дополнительных условий освобождения от уплаты страховых взносов (расширенные) (освобождение от уплаты взносов в случае инвалидности) к ним в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 81 от 30.04.2025 г.

При включении Дополнительных программ в договоры по продукту «Солнышко» LC7 и «Солнышко Гарант» LC5 (заключенные с 01.04.2022 г.):

7. В этом случае в отношении Программы НС ОЗ, Программы НС ЗР, Программы Хирургические операции в результате НС ЗР, Программы Временная нетрудоспособность ОЗ по уходу за ЗР договор страхования считается заключенным:

- по продукту «Солнышко» (LC7) – на основании Общих правил добровольного страхования жизни и Дополнительных условий по страхованию от несчастных случаев (по программе Солнышко (LC) к ним в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 81 от 30.04.2025 г.; **Кроме того**, в отношении страховых рисков «телесные повреждения ОЗ» и «телесные повреждения ЗР», «хирургические операции НС ЗР» и «хирургические операции ОЗ» действуют таблицы размеров страховых выплат в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 81 от 30.04.2025 г.

- по продукту «Солнышко Гарант» (LC5) – на основании Общих правил добровольного страхования жизни № 2 и Дополнительных условий по страхованию от несчастных случаев (по программе Солнышко Гарант (LC) к ним в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 82 от 30.04.2025 г.

Кроме того, в отношении страховых рисков «телесные повреждения ОЗ» и «телесные повреждения ЗР», «хирургические операции НС ЗР» и «хирургические операции ОЗ» действуют таблицы размеров страховых выплат в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 82 от 30.04.2025 г.

8. В этом случае в отношении Программы СОЗ ОЗ и Программы СОЗ ЗР договор страхования считается заключенным:

- по продукту «Солнышко» (LC7) - на основании Общих правил добровольного страхования жизни и Дополнительных условий по страхованию на случай смертельно опасных заболеваний (расширенные, включая страхование детей) к ним в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 81 от 30.04.2025 г.;

- по продукту «Солнышко Гарант» (LC5) - на основании Общих правил добровольного страхования жизни № 2 и Дополнительных условий по страхованию на случай смертельно опасных заболеваний (расширенные, включая страхование детей) к ним в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 82 от 30.04.2025 г.

9. В этом случае в отношении **Программы госпитализации ЗР с прогрессивной выплатой в результате болезни** и **Программы реанимации ЗР** договор страхования считается заключенным:

- по продукту «Солнышко» (LC7) - 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 в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 81 от 30.04.2025 г.
- по продукту «Солнышко Гарант» (LC5) - 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 в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 82 от 30.04.2025 г.

10. В этом случае в отношении **Программы Хирургические операции в результате болезни ЗР** и **Программы Хирургические операции в результате болезни ОЗ** договор страхования считается заключенным:

- по продукту «Солнышко» (LC7) - на основании Общих правил добровольного страхования жизни и Дополнительных условий по страхованию на случай хирургических операций в результате болезни к ним в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 81 от 30.04.2025 г.;
- по продукту «Солнышко Гарант» (LC5) - на основании Общих правил добровольного страхования жизни № 2 и Дополнительных условий по страхованию на случай хирургических операций в результате болезни к ним в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 82 от 30.04.2025 г.

При этом в отношении рисков **«хирургические операции в результате болезни ЗР»** и **«хирургические операции в результате болезни ОЗ»** действует таблица размеров страховых выплат в редакции, утвержденной приказом Генерального директора: для договоров по продукту «Солнышко» - № 81 от 30.04.2025 г.; для договоров по продукту «Солнышко Гарант» - № 82 от 30.04.2025 г.

11. В этом случае в отношении **Программы Страхования на срок ОЗ** договор страхования считается заключенным:

- по продукту «Солнышко» (LC7) - на основании Общих правил добровольного страхования жизни в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 81 от 30.04.2025 г.;
- по продукту «Солнышко Гарант» (LC5) - на основании Общих правил добровольного страхования жизни № 2 в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 82 от 30.04.2025 г.

12. В этом случае в отношении **Программы освобождения от уплаты взносов в случае инвалидности** договор страхования считается заключенным:

- по продукту «Солнышко» (LC7) - на основании Общих правил добровольного страхования жизни и Дополнительных условий освобождения от уплаты страховых взносов (расширенные) (освобождение от уплаты взносов в случае инвалидности) к ним в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 81 от 30.04.2025 г.;
- по продукту «Солнышко Гарант» (LC5) - на основании Общих правил добровольного страхования жизни № 2 и Дополнительных условий освобождения от уплаты страховых взносов (расширенные) (освобождение от уплаты взносов в случае инвалидности) к ним в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 82 от 30.04.2025 г.

13. В этом случае в отношении **Программы освобождения от уплаты взносов в случае заболевания** договор страхования считается заключенным:

- по продукту «Солнышко» (LC7) - на основании Общих правил добровольного страхования жизни и Дополнительных условий освобождения от уплаты взносов в случае заболевания к ним в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 81 от 30.04.2025 г.;
- по продукту «Солнышко Гарант» (LC5) - на основании Общих правил добровольного страхования жизни № 2 и Дополнительных условий освобождения от уплаты взносов в случае заболевания к ним в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 82 от 30.04.2025 г.

! Включение **Программы освобождения от уплаты взносов в случае инвалидности** возможно только при условии, что возраст Застрахованного на дату начала действия Программы не может превышать 60 лет (включительно);

! Включение в договор страхования риска Инвалидность ОЗ II группы возможно только совместно с подключением риска Инвалидность ОЗ I группы;

! Включение **Программы Хирургические операции в результате болезни ОЗ, Программы СОЗ ОЗ, Программы Временной нетрудоспособности ОЗ по уходу за ЗР, Программы Освобождения от уплаты взносов в случае заболевания ОЗ, риска «хирургические операции ОЗ»** Программы НС, а также в случае увеличения страховой суммы по ним возможно только при соблюдении следующих ограничений: страховой возраст Застрахованного на дату начала действия программы или на дату увеличения страховой суммы не превышает 60 лет (включительно) и на дату окончания действия Договора страхования не превышает 65 лет (включительно).

3. Актуализация Дополнительных программ страхования

| ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ | АКТУАЛИЗИРОВАТЬ |
|---|--|
| 3.1. В ДОГОВОРАХ СЕРИИ LC1 (программы страхования включены в договор ранее 05.06.2017г.) <i>Актуализация осуществляется с учетом изменения стоимости рисков</i> | |
| Программа НС ОЗ (смерть НС, инвалидность НС, телесные повреждения, госпитализация) | <input type="checkbox"/> ¹⁴ |
| Программа НС ЗР (тяжкие телесные повреждения, телесные повреждения, госпитализация) | <input type="checkbox"/> ¹⁴ |
| 3.2. В ДОГОВОРАХ СЕРИИ LC1 (программы страхования включены в договор с 05.06.2017г. по 01.04.2022 г.) <i>Актуализация осуществляется без изменения стоимости рисков</i> | |
| Программа НС ОЗ (смерть НС, инвалидность НС, телесные повреждения, госпитализация) | <input type="checkbox"/> ¹⁴ |
| Программа НС ЗР (тяжкие телесные повреждения, телесные повреждения, госпитализация) | <input type="checkbox"/> ¹⁴ |
| Программа Хирургические операции в результате болезни ЗР | <input type="checkbox"/> ¹⁵ |
| 3.3. В ДОГОВОРАХ СЕРИИ LC5 и LC7 (заключенных с 01.04.2022 г.) <i>Актуализация осуществляется без изменения стоимости рисков</i> | |
| телесные повреждения ОЗ | <input type="checkbox"/> ¹⁴ |
| телесные повреждения ЗР | <input type="checkbox"/> ¹⁴ |
| Программа Хирургические операции в результате болезни ОЗ | <input type="checkbox"/> ¹⁵ |
| Программа Хирургические операции в результате болезни ЗР | <input type="checkbox"/> ¹⁵ |

14. В этом случае риски «**телесные повреждения ОЗ**» и «**телесные повреждения ЗР**» Программы НС будут изменены путем актуализации (замены) таблицы размеров страховых выплат до последней версии в редакции, утвержденной приказом Генерального директора: для договоров по продукту «Солнышко» (LC1 и LC7) - № 81 от 30.04.2025 г., по продукту «Солнышко Гарант» (LC5) - № 82 от 30.04.2025 г.

15. В этом случае **Программа Хирургические операции в результате болезни ЗР** и **Программа Хирургические операции в результате болезни ОЗ** будет изменена путем актуализации (замены) таблицы размеров страховых выплат до последней версии в редакции, утвержденной приказом Генерального директора: для договоров по продукту «Солнышко» (LC1 и LC7) - № 81 от 30.04.2025 г.; для договоров по продукту «Солнышко Гарант» (LC5) - № 82 от 30.04.2025 г.

4. Изменение срока страхования

Прошу изменить срок действия полиса на следующий:

а) Для договоров серии **LC1**: до достижения Застрахованным Ребенком возраста:

18 лет 19 лет 20 лет 21 лет 22 лет 23 лет 24 лет 25 лет

б) Для договоров серии **LC5** и **LC7**:

лет **Важно!** (для договоров серии LC7 срок страхования может составлять от 7 до 25 лет, для договоров серии LC5 - от 5 до 6 лет)

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

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

! При увеличении срока страхования Застрахованному необходимо заполнить *Анкету Застрахованного* (прилагается) и, при необходимости, дополнительное приложение к Анкете с подробными ответами.

5. Изменение периодичности оплаты взносов

Прошу изменить периодичность оплаты страховой премии по полису на следующую:

ежегодно раз в пол года ежеквартально

6. 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 (Ф.И.О.) _____ подпись _____

Дата оформления заявления « _____ » _____ 20 _____ г. Телефон для связи _____

Заполняется агентом:

№ агентства/название брокера _____

Ф.И.О. агента _____

Дата принятия заявления « _____ » _____ 20 _____ г. Подпись агента _____

Анкета Основного Застрахованного

к заявлению на изменение программы страхования от «___» _____ 20__ г.

Полис серия LC__ № _____

Годовой доход: до 500 000 500 001-750 000 750 001 - 1 000 000 1 000 001 - 2 000 000 2 000 001-3 000 000 более 3 000 000
заполняется при совокупной страховой сумме по рискам свыше 1500000 руб., а по риску "госпитализация Застрахованного"- свыше 1500 руб.

| | | | |
|-----------|---|--|-----------------|
| | При ответе «Да» на какой-либо вопрос дается подробное описание в дополнительной анкете | | |
| Рост (см) | Вес (кг) | Цифры артериального давления (мм.рт.ст.) (последнее измерение): | Ваша профессия: |

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) | | | |

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.)? Да Нет

2. Намереваетесь ли Вы путешествовать в «горячие» точки планеты (например, места вооруженных конфликтов, военных действий и т.п.) Да Нет

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? Да Нет

4. Получали ли вы врачебные рекомендации о снижении или отмене потребления табака, алкоголя или наркотических средств в связи с состоянием здоровья? Да Нет

5. Застрахована ли Ваша жизнь и здоровье в ООО СК «Эверия Лайф» или других страховых компаниях? Подавали ли Вы уже заявление о страховании жизни, которое было отклонено или принято на особых условиях? Да Нет

6. Были ли у Вас травмы, несчастные случаи за последние 10 лет? Да Нет

7. Имеется ли у Вас группа инвалидности? Присваивалась ли Вам когда-либо группа инвалидности? Да Нет

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? Да Нет

9. Принимали ли Вы разного рода седативные (например, снотворные) вещества, транквилизаторы (антидепрессанты и т.п.) или наркотические вещества в лечебных или иных целях? Да Нет

10. Принимали ли Вы лекарственные препараты непрерывно более 4-х недель? Да Нет

11. Болеете ли Вы в настоящий момент? Намереваетесь ли Вы обратиться к врачу в течение ближайших 4 недель? Да Нет

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)? Да Нет

БОЛЕЛИ ЛИ ВЫ КОГДА-НИБУДЬ СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (вне зависимости от давности диагностирования):

13. Артериальная гипертония (повышенное кровяное давление), заболевания сосудов, нарушение кровообращения (например, энцефалопатия, атеросклероз сосудов, варикозная болезнь вен и т.п.)? Да Нет

14. Любое заболевание сердечно-сосудистой системы (например, аритмия, эндокардит, шумы, ишемическая болезнь, боли за грудиной, одышка или учащенное сердцебиение)? Да Нет

15. Болезни органов дыхания (например, астма, бронхит, туберкулез и т.п.)? Да Нет

16. Заболевания пищеварительной системы, желчного пузыря или печени (например, язва, хронический гастрит, геморрой, гепатит, желчекаменная болезнь, частые диареи, запоры, отрыжка, изжога и т.п.)? Да Нет

17. Заболевания почек или мочеполовой системы (например, гломерулонефрит, пиелонефрит, мочекаменная болезнь, частые отеки, белок в моче или венерические заболевания и т.п.)? Да Нет

18. Какие-либо нервные или психические заболевания, например, эпилепсия, паркинсонизм или болезнь Паркинсона, временная потеря сознания, паралич или состояние депрессии? Да Нет

19. ЛОР заболевания, снижение зрения (близорукость, дальнозоркость более 6 диоптрий) или заболевания глаз (например, ретинодистрофия, ретинопатия и т.п.)? Да Нет

20. Заболевания опорно-двигательного аппарата, в том числе аутоиммунные заболевания (например, склеродермия, системная красная волчанка, заболевания мышц, костей, суставов, позвоночника и т.п.)? Да Нет

21. Диабет, заболевания щитовидной железы или др. болезни эндокринной системы? Да Нет

22. Новообразования (опухоли злокачественные или доброкачественные), в т.ч. заболевания крови? Да Нет

23. Проходили ли Вы специальные обследования (рентген, ЭКГ, УЗИ и др.) в связи с заболеваниями за последние 5 лет? Да Нет

24. ВОПРОС ДЛЯ ЖЕНЩИН: Какие-либо заболевания женских половых органов (например, придатков, матки и т.п.), молочных желез, осложненные беременности, роды или выкидыши? Да Нет

24.1. Беременны ли вы сейчас? Да Нет

25. ВОПРОС ДЛЯ МУЖЧИН: Какие-либо заболевания мужских половых органов (например, простатит, в том числе хронический, варикоцеле, гидроцеле)? Да Нет

26. ИСТОРИЯ СЕМЬИ: 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 Нет

27. Другие болезни, операции, госпитализации, нетрудоспособность, отравления, несчастные случаи за последние 5 лет? Да Нет

Я, _____ (Ф.И.О. Основного 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) _____ (дата)

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ,

на которые необходимо ответить при ответе «Да» на соответствующий вопрос анкеты Основного Застрахованного

| № вопроса в анкете | Дополнительные вопросы |
|--------------------|---|
| 1 | 1) Укажите характер профессиональной деятельности; 2) Перечислите Ваши основные обязанности; 3) Как часто Вы подвергаетесь опасности? |
| 2 | 1) Перечислите "Горячие точки" (ГТ), в которые Вы ездите или намереваетесь ездить; 2) Род Ваших занятий при выезде в ГТ; 3) Как часто Вы ездите или намереваетесь ездить в ГТ? |
| 3 | 1) Укажите вид спорта и на каком уровне Вы занимаетесь (профессиональном или любительском); 2) Участвуете ли в соревнованиях? 3) Как часто занимаетесь? |
| 4 | 1) Укажите диагноз, в связи с которым Вы получали рекомендации; 2) Когда Вы получали рекомендации? 3) На протяжении какого периода Вы следовали им? |
| 5 | 1) Укажите название страховой компании; 2) Вид страхования и дату подачи заявления 3) Страховую сумму; 4) Срок страхования. 5) Было ли отклонено или принято с повышением тарифа? |
| 6 | 1) Укажите дату и обстоятельства несчастного случая (травмы); 2) Какой диагноз Вам был поставлен? 3) Была ли госпитализация? Если да, укажите период; 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? 2) На основании какого диагноза? 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? 2) Укажите период времени, когда Вы подвергались облучению; 3) Укажите полученную дозу. 4) Если ставился диагноз – укажите дату его постановки, в связи с чем Вы проходили радиационную терапию; 5) Продолжительность лечения |
| 9-10 | 1) Укажите диагноз и дату его постановки, в связи с чем Вы принимали препараты; 2) Названия препаратов; 3) Продолжительность приема. |
| 11 | 1) Укажите диагноз, если он поставлен, если нет укажите симптомы. 2) Укажите причину, по которой Вы намереваетесь обратиться к врачу; 3) К какому специалисту и когда Вы намереваетесь обратиться? |
| 12-25, 27 | 1) Укажите диагноз и дату его постановки; 2) На основании каких исследований, анализов был поставлен диагноз? 3) Укажите, какое лечение проводилось и его продолжительность; 4) Была ли госпитализация? Если да, укажите период; 5) Проводилось ли хирургическое вмешательство, если да, то укажите какая была проведена операция и когда? 6) Страдаете ли вы этим заболеванием в настоящее время? Если да, то укажите симптомы; 7) 13, 14 вопросы. Укажите цифры "рабочего" и максимального давления; 8) 12 вопрос. Когда Вы проходили в последний раз исследование крови? И какие результаты? |
| 23 | 1) Укажите диагноз и дату его постановки, в связи с чем Вы проходили обследование; 2) Вид обследования; 3) Дату последнего проведения обследования и диагноз. |
| 26 | 1) Укажите дату рождения и степень родства Вашего родственника; 2) Какой диагноз и когда ему был поставлен? 3) Если произошла смерть, то укажите, когда и по какой причине. |
| 1 | Если Застрахованный страдает сахарным диабетом, необходимо дополнительно указать: 1) Тип сахарного диабета (I; II; инсулинзависимый/инсулиннезависимый). Дату установления диагноза. 2) Как часто Вы проверяете кровь на сахар, сдаете анализы крови и мочи? 3) Дату и результат последнего анализа крови на гликозилированный гемоглобин (Hb A1c). 4) Дату и результат последнего анализа мочи (наличие сахара и белка). 5) Отмечалось ли ухудшение зрения? Ставился ли когда-нибудь диагноз "ретинопатия", "ангиопатия", "нейропатия"? 6) Возникла ли диабетическая кома, иные осложнения со стороны конечностей, сердца, почек, нервной системы (следует перечислить диагнозы)? |
| 2 | Если Застрахованный страдает бронхиальной астмой, необходимо дополнительно: 1) Указать полный диагноз и дату его установления. 2) Указать, как часто возникают приступы, чем провоцируются, чем снимаются. 3) Указать принимаемые лекарственные препараты (название, дозировку, способ применения (ингалятор, таблетки)). 4) Указать максимальный период нетрудоспособности по поводу астмы за последние два года. 5) Приложить к Заявлению результат последнего исследования функции внешнего дыхания. |

АНКЕТА ЗАСТРАХОВАННОГО РЕБЕНКА

к заявлению на изменение программы страхования от « _____ » _____ 20__ г.

Полис серия LC__ № _____

| Рост (см) | Вес (кг) | При ответе "Да" на какой-либо вопрос дается подробное описание в дополнительной анкете |
|--|--------------|--|
| 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? | | <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 |
| БОЛЕЛ ЛИ РЕБЕНОК КОГДА-НИБУДЬ СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: | | |
| 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 |

Я, _____ (Ф.И.О. Застрахованного Ребенка/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 подписание 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, 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 Ребенок/ Законный представитель _____ (подпись) _____ (дата)

ООО СК «Эверия Лайф» обязуется обеспечить конфиденциальность предоставленной информации

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

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

| № вопроса в анкете | Дополнительные вопросы |
|--------------------|---|
| 1 | 1) Укажите дату рождения и степень родства родственника к ребенку; 2) Каким инфекционным заболеванием член семьи болел за последние 3 месяца? 3) Продолжительность лечения? Окончено ли лечение? |
| 2 | 1) Укажите диагноз, в связи с которым проводилась хирургическая операция; 2) Когда проводилась хирургическая операция? 3) Имеются ли последствия операции на данный момент? Если есть, то какие? |
| 3 | 1) Укажите дату и обстоятельства несчастного случая (травмы); 2) Какой диагноз был поставлен ребенку? 3) Была ли госпитализация? Если да, укажите период; 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; 2) Укажите причину, по которой ребенок обращался к врачу; 3) К какому специалисту обращался? |
| 6 | 1) Укажите вид спорта и на каком уровне ребенок занимается (профессиональном или любительском); 2) Участвует ли в соревнованиях? 3) Как часто занимается? |
| 7 | 1) От чего была сделана вакцинация? 2) Укажите дату вакцинации; 3) Какая вакцинация по счету? 4) Какие были осложнения? 5) Была ли госпитализация? Если да, укажите период; 6) Были ли даны врачом рекомендации по лечению? |
| 8 | 1) Какая особая примета? 2) Укажите размер. Увеличивается или остается без изменений? 3) Были ли рекомендованы консультация врача или дополнительное обследование |
| 9-16, 22 | 1) Укажите диагноз и дату его постановки; 2) На основании каких исследований, анализов был поставлен диагноз? 3) Укажите, какое лечение проводилось и его продолжительность; 4) Была ли госпитализация? Если да, укажите период; 5) Проводилось ли хирургическое вмешательство, если да, то укажите какая была проведена операция и когда; 6) Страдаете ли ребенок этим заболеванием в настоящее время? Если да, то укажите симптомы; |
| 17 | 1) Если ставился диагноз, укажите дату его постановки; 2) Продолжительность лечения; 3) Когда ребенок проходил в последний раз исследование крови? И какие результаты? |
| 18 | 1) Укажите дату рождения и степень родства родственника ребенка; 2) Какой диагноз и когда был ему поставлен? 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; 2) Вид обследования; 3) Дату последнего проведения обследования и диагноз. |
| 23 | 1) Укажите диагнозы (включая ОРЗ, ОРВИ и др.) и даты болезней (можно примерно); 2) Проводились ли обследования ребенка? Если да, то указать какие; 3) Были ли госпитализации ребенка или рекомендации к госпитализации? |
| 24 | 1) Укажите диагноз и дату его постановки, в связи с чем ребенок принимает препараты; 2) Названия препаратов; 3) Продолжительность приема. |
| 16 | Если Застрахованный Ребенок страдает сахарным диабетом, необходимо дополнительно указать: 1) Тип сахарного диабета (I; II; инсулинзависимый/инсулиннезависимый). Дату установления диагноза. 2) Как часто ребенок проверяет кровь на сахар, сдает анализы крови и мочи? 3) Дату и результат последнего анализа крови на гликозилированный гемоглобин (Hb A1c). 4) Дату и результат последнего анализа мочи (наличие сахара и белка). 5) Отмечалось ли ухудшение зрения? Ставился ли когда-нибудь диагноз "ретинопатия", "ангиопатия", "нейропатия"? 6) Возникала ли диабетическая кома, иные осложнения со стороны конечностей, сердца, почек, нервной системы (следует перечислить диагнозы)? |
| 10 | Если Застрахованный Ребенок страдает бронхиальной астмой, необходимо дополнительно: 1) Указать полный диагноз и дату его установления. 2) Указать, как часто возникают приступы, чем провоцируются, чем снимаются. 3) Указать принимаемые лекарственные препараты (название, дозировку, способ применения (ингалятор, таблетки)). 4) Указать максимальный период нахождения на больничном листе по поводу астмы за последние два года. 5) Приложить к Заявлению результат последнего исследования функции внешнего дыхания. |

