

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ИЗМЕНЕНИЕ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ к договору «ГРАНДЕ» /пенсионное страхование/

Я, (ФИО) _____,

являясь Страхователем по договору страхования № _____

прошу внести следующие изменения в договор страхования (Полис):

Внимание!

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

Внесение изменений в договор страхования возможно только в том случае, если после проведенных изменений до окончания периода накопления останется **не менее 1-го года** (за исключением **уменьшения периода накопления** - см. п.3 заявления).

1. Изменение Базовой программы страхования

Прошу страховую сумму по Базовой программе страхования:

☐ Увеличить ☐ Уменьшить до _____

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

! Размер страховой суммы по Основной/Базовой программе не может быть менее 15 000 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 LA (заключенные до 02.09.2024 г.):			
Программа НС (смерть в результате НС, инвалидность, телесные повреждения, госпитализация)	☐	☐ ¹	
Программа ОЗ	☐	☐ ²	
Программа освобождения от уплаты взносов (в случае инвалидности)	☐ ³	не заполняется	
2.2. ИЗМЕНЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ В ДОГОВОРАХ СЕРИИ LL (заключенные с 02.09.2024 г.):			
Программа НС:			
смерть в результате НС	☐	☐ ⁴	
инвалидность в результате НС	☐	☐ ⁴	
телесные повреждения НС	☐	☐ ⁴	
госпитализация НС	☐	☐ ⁴	
хирургические операции НС	☐	☐ ⁴	
Программа СОЗ 3	☐	☐ ⁵	
Программа освобождения от уплаты взносов (в случае инвалидности)	☐	☐ ⁶	

1. В этом случае в отношении Программы страхования от несчастных случаев договор страхования считается заключенным на основании Правил добровольного пенсионного страхования в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 215 от 31.12.2019 г. и Дополнительных условий по страхованию от несчастных случаев к ним в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 114 от 10.08.2023 г.

При осуществлении страховой выплаты по страховому риску «телесные повреждения НС» применяется таблица размеров страховых выплат в связи со страховыми событиями «телесные повреждения в результате несчастного случая» по продукту «Гранде» в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 60 от 12.04.2021 г.

2. В этом случае в отношении Программы страхования на случай онкологических заболеваний договор страхования считается заключенным на основании Правил добровольного пенсионного страхования в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 215 от 31.12.2019 г., а также Дополнительных условий страхования на случай онкологических заболеваний к Правилам в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 71 от 01.06.2020 г.

! Включение Программы ОЗ, а также увеличение страховых сумм по ней возможно только при условии, что страховой возраст Застрахованного на дату начала действия данной программы или на дату увеличения страховой суммы по ней не превышает 65 лет (включительно).

3. Возможно только исключение Дополнительной программы освобождения от уплаты взносов (в случае инвалидности) из договора страхования.

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

Дата введения в действие формы заявления на изменение программы страхования: 07.08.2025 г.

4. В этом случае в отношении страховых рисков **Программы НС** договор страхования считается заключенным на основании Правил добровольного пенсионного страхования и Дополнительных условий по страхованию от несчастных случаев к ним в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 83 от 30.04.2025 г.
Кроме того, при осуществлении страховой выплаты по страховому риску «**телесные повреждения НС**» применяется Таблица размеров страховых выплат в связи со страховыми случаями «телесные повреждения в результате несчастного случая» в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 83 от 30.04.2025 г.

5. В этом случае в отношении **Программы СОЗ 3** договор страхования считается заключенным на основании Правил добровольного пенсионного страхования и Дополнительных условий по страхованию на случай смертельно опасных заболеваний к ним в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 83 от 30.04.2025 г.

6. В этом случае в отношении **Программы освобождения от уплаты взносов** договор страхования считается заключенным на основании Правил добровольного пенсионного страхования и Дополнительных условий освобождения от уплаты страховых взносов в случае инвалидности к ним в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 83 от 30.04.2025 г.

Застрахованный по договору настоящим подтверждает *(только при выборе Программы освобождения от уплаты страховых взносов в случае инвалидности и/или Программы страхования на случай онкологических заболеваний либо Программы страхования на случай смертельно опасных заболеваний)*, что:

- дееспособен, не является (не являлся) инвалидом I, II или III группы, не имеет (не имел) оснований для присвоения этих групп, а также не имел оснований для присвоения категории «ребенок-инвалид»; его не направляли (ему не было рекомендовано) проведение медико-социальной экспертизы с целью установления группы инвалидности;
- не имеет диагноз онкологического заболевания, в настоящее время и не имел в прошлом, а также на момент заключения договора страхования не проходит обследование на предмет данных заболеваний (в том числе по поводу лейкемии и лимфомы);
- не имеет действующего направления на медико-социальную экспертизу в связи с онкологическим заболеванием;
- никогда ранее не наблюдался и не наблюдается в настоящее время в онкологическом диспансере;
- не имеет диагноза и не проходит обследование на предмет следующих заболеваний: диабет, стенокардия, коронарные заболевания сердца, инфаркт миокарда, сердечная аритмия, требующая лечения, сердечные шумы, ревматическая лихорадка, сердечная недостаточность, а также прочие сердечно-сосудистые заболевания и операции на сердце; инсульт, микро-инсульт, кровоизлияние в мозг, афазия, любые формы эпилепсии или паралича;
- не болен СПИДом или не инфицирован вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфицирован);
- не имеет диагностированных психических (нервных) заболеваний или расстройств;
- не занят в работах с радиоактивными веществами или химическими канцерогенами;
- не находится под следствием и не осужден к лишению свободы;
- не является/не являлся застрахованным по договорам страхования, содержащим программу страхования (страховые риски) от смертельно опасных заболеваний, если данная программа (страховые риски) была заключена (заключены) на нестандартных условиях (с увеличением страхового тарифа, что привело к увеличению размера страховой премии или понижению страховой суммы, или с дополнительными исключениями или оговорками), и в отношении лиц, которым было на законном основании отказано в заключении договоров личного страхования;
- уведомлен о том, что ООО СК «Эверия Лайф» имеет право обратиться в суд с иском о признании Договора страхования недействительным, если в настоящей Декларации им (Застрахованным) были предоставлены ложные или недостоверные сведения;
- дает свое согласие на прохождение им при наступлении страхового случая (в случае необходимости) медицинской экспертизы в указанном ООО СК «Эверия Лайф» медицинском учреждении. Расходы по проведению медицинской экспертизы оплачиваются ООО СК «Эверия Лайф»;
- дает разрешение любому лечебному учреждению или врачу, куда и к кому Застрахованный обращался или будет обращаться в течение срока действия Договора страхования, предоставлять ООО СК «Эверия Лайф» полную информацию, касающуюся состояния здоровья Застрахованного.

Застрахованный (Ф.И.О.) _____ подпись _____

3. Изменение периода накопления

Прошу изменить период накопления на следующий:

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

! Период накопления может составлять:

а) для договоров серии LA - от 10 до 30 лет (с шагом 1 год).

б) для договоров серии LL - от 9 до 30 лет (с шагом 1 год)

! Изменение периода накопления возможно только в том случае, если после проведенных изменений до окончания периода накопления останется не менее 1-го года.

! Уменьшение периода накопления не может быть более чем на 5 лет.

4. Изменение периодичности оплаты взносов

Прошу изменить периодичность оплаты страховой премии по полису на следующую:

☐ ежегодно ☐ раз в полгода ☐ раз в квартал

5. Изменение периода выплаты пенсии (гарантированного периода)

Прошу изменить гарантированный период на следующий:

☐ 5 лет ☐ 10 лет ☐ 15 лет ☐ 20 лет

6. Изменение периодичности пенсионных выплат

Прошу изменить периодичность пенсионных выплат на следующую:

☐ ежегодно ☐ раз в полгода ☐ раз в квартал ☐ ежемесячно

7. 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 _____