



**2.2. Изменение Программы страхования от несчастных случаев**

<b>Программа НС</b>	<b>Актуализировать</b>
<b>Телесные повреждения Застрахованного</b>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>

**5 !** 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 № 65 от 24.03.2022 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 № 66 от 24.03.2022 г.

Кроме того, в отношении вышеуказанного риска по продуктам «Звездочка» (CL1,CL7) и «Звездочка Гарант» (CL5) действует Таблица размеров страховых выплат в связи со страховыми случаями «телесные повреждения Застрахованного» в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 15 от 15.02.2023 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

Подтверждаю достоверность и полноту предоставленной мною информации и разрешаю ООО «ППФ Страхование жизни» использовать ее для исполнения договора страхования.

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» я даю свое согласие ООО «ППФ Страхование жизни» на обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, указанных в настоящем уведомлении, а также в договоре страхования (номер полиса указан в настоящем уведомлении), с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в целях исполнения договора страхования, а также при уступке (передаче) каких-либо прав (обязательств) по нему. Страховщик уполномочен раскрывать третьим лицам положения договора, а также персональную информацию о Страхователе, Застрахованных, Выгодоприобретателе, переданную Страховщику в связи с Договором 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:** \_\_\_\_\_

<b>Заполняется агентом:</b>	
Номер агентства/название брокера _____	
Ф.И.О. агента _____	
Дата принятия заявления « _____ » _____ <b>202</b> _____ <b>г.</b>	Подпись агента _____

**Анкета Застрахованного**

к заявлению на изменение программы страхования от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.  
**Полис серия CL\_\_\_ № \_\_\_\_\_**

Рост (см) □□□	Вес (кг) □□□	
		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
<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

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО Застрахованного/Законного представителя)

заявляю что мои ответы на вопросы, приведенные выше являются полными и правдивыми. Я предоставляю ООО «ППФ Страхование жизни» 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 «ППФ Страхование жизни» 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 любому лечебному учреждению или врачу, куда и к кому я обращался (обращалась), предоставить полную информацию, касающуюся состояния моего здоровья, ООО «ППФ Страхование жизни». С изменением программы страхования в соответствии с настоящим заявлением согласен.

Застрахованный/Законный представитель \_\_\_\_\_

Подпись

Дата

ООО «ППФ Страхование жизни» обязуется обеспечивать конфиденциальность предоставленной информации.

