

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ИЗМЕНЕНИЕ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ**  
по договору «**ВИТАЛИТИ**» /пожизненное страхование жизни/

Я, (ФИО) \_\_\_\_\_

являясь Страхователем по договору страхования (Полису) серия **LV1** №

прошу внести следующие изменения в договор страхования (Полис):

**Внимание!**

Заявление необходимо предоставить в ООО «ППФ Страхование жизни» 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 \_\_\_\_\_ (укажите сумму в рублях)

**! При увеличении страховой суммы по Базовой (основной) программе** Застрахованному необходимо подписать **Декларацию** Застрахованного (прилагается). В отношении разницы увеличенной страховой суммы и ранее установленной страховой суммы по Базовой программе будет применен период 2 года, в течение которого в случае страхового события «смерть Застрахованного» будет осуществлен возврат дополнительного взноса, уплаченного в счет повышения страховой суммы.

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

**! Размер страховой суммы по Базовой (основной) программе не может быть менее 40 000 рублей и более 250 000 рублей.**

**! Страховая сумма не может быть уменьшена более чем в 2 раза за одно изменение** (страховая сумма может быть изменена в сторону увеличения без ограничений, но не более лимитов, установленных компанией).

**! Страховая сумма не может быть изменена за один раз менее чем на 10 % от текущей страховой суммы.**

**2. Изменение Дополнительной программы страхования**

Дополнительная программа НС	Включить	Исключить	Страховая сумма (укажите сумму в рублях)
риски «смерть Застрахованного НС», «инвалидность Застрахованного НС», «травма Застрахованного»	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	
риск «госпитализация Застрахованного»	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	

**! Включение программы НС** возможно только при соблюдении следующих условий: страховой возраст Застрахованного на дату начала действия программы или на дату увеличения страховой суммы не превышает 79 лет (включительно) и страховая сумма по Базовой программе соответствует лимитам, установленным компанией.

Включение в договор страхового риска «госпитализация Застрахованного» возможно только совместно с остальными страховыми рисками Программы НС.

**1,2 !** В этом случае в отношении всех страховых рисков **Программы НС** договор страхования действует на основании Правил добровольного пожизненного страхования по продукту «Виталити» в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 115 от 10.08.2023 г.

Кроме того, в отношении риска «травма Застрахованного» действует таблица размеров страховых выплат в связи со страховыми случаями «травма Застрахованного» в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 119 от 15.07.2021г. Подписывая настоящее заявление, Страхователь подтверждает получение указанного документа.

Дополнительная программа НС	Актуализировать
риск «травма Застрахованного»	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>

**3 !** В этом случае в отношении страхового риска «травма Застрахованного» Программы НС действует Таблица размеров страховых выплат в связи со страховыми случаями «травма Застрахованного» в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 119 от 15.07.2021г. Подписывая настоящее заявление, Страхователь подтверждает получение указанного документа.

При этом:

**!** Для договоров страхования, заключенных до 04.03.2019 г. страховой риск «травма Застрахованного» будет изменен путем актуализации (замены) таблицы страховых выплат до последней версии, указанной выше, с учетом изменения стоимости страхового риска (т.е. при условии оплаты Страхователем дополнительной страховой премии);

**!** Для договоров страхования, заключенных после 04.03.2019 г., а также для договоров страхования в условия которого страховой риск «травма Застрахованного» был включен после 04.03.2019 г., страховой риск «травма Застрахованного» будет изменен путем актуализации (замены) таблицы страховых выплат до последней версии без увеличения стоимости страхового риска (т.е. без уплаты Страхователем дополнительной страховой премии).

**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

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

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 > 100 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