

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ИЗМЕНЕНИЕ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

к договору «**ПЕРСПЕКТИВА**» /Пенсионное страхование/

Я, (ФИО) _____,

являясь Страхователем по договору страхования (полису) серия **GR1** № 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 Основной программы страхования

Прошу страховую сумму по основной программе страхования:

Увеличить Уменьшить до _____
(укажите страховую сумму в валюте договора страхования)

! Изменение страховой суммы по Основной программе возможно только в том случае, если после проведенных изменений до окончания периода накопления останется не менее 3-х лет

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

! Размер страховой суммы по Основной 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 (Укажите сумму в валюте страхования)
Программа НС: ¹			
Смерть в результате НС	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Смерть в результате ДТП ^{2,3}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Инвалидность НС	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Инвалидность ДТП ^{2,4}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Телесные повреждения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Госпитализация	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Программа освобождения от уплаты взносов ⁵	<input type="checkbox"/>	Не заполняется	

1. В отношении подключаемых рисков **Программы НС** договор страхования считается заключенным на основании Правил добровольного пенсионного страхования и Дополнительных расширенных условий по страхованию от несчастных случаев к ним, утвержденных приказом Генерального директора № 215 от 31.12.2019 г. При осуществлении страховой выплаты по риску «телесные повреждения» применяется таблица размеров страховых выплат в связи со страховыми событиями «телесные повреждения в результате несчастного случая» по продукту «Перспектива», утвержденная приказом Генерального директора № 60 от 12.04.2021 г.

2. Выбор риска «Смерть в результате ДТП» возможен только при выборе риска «Смерть в результате НС»; выбор риска «**Инвалидность ДТП**» возможен только при выборе риска «Инвалидность НС».

3. Страховая сумма по риску «**Смерть в результате ДТП**» устанавливается в размере 100 % от страховой суммы по риску «Смерть в результате НС».

4. Страховая сумма по риску «**Инвалидность ДТП**» устанавливается в размере 100% от страховой суммы по риску «Инвалидность НС».

5. Возможно только **исключение** Дополнительной программы освобождения от уплаты взносов из договора страхования

3. Изменение периода накопления

Прошу изменить период накопления на следующий:

(период накопления не может быть менее 20 лет)
(укажите количество лет от начала действия договора страхования)

! Изменение периода накопления возможно только в том случае, если после проведенных изменений до окончания периода накопления останется не менее 3 лет.

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

4. Изменение периода выплаты пенсии (гарантированного периода)

Прошу изменить гарантированный период на следующий:

5 лет 10 лет 15 лет 20 лет

5. Изменение периодичности пенсионных выплат

Прошу изменить периодичность пенсионных выплат на следующую:

ежегодно раз в полгода ежеквартально ежемесячно

6. Изменение периодичности оплаты взносов

Прошу изменить периодичность оплаты страховой премии по Полису на следующую:

ежегодно ежемесячно

7. Изменение индексации

Прошу индексацию по моему Полису:

включить отменить текущую не предлагать *

* для отмены текущей и будущих индексаций необходимо поставить знак в квадратах «отменить текущую» и «не предлагать»

! Включение индексации проводится с годовщины страхового договора при условии предоставления заявления не позднее, чем за 30 дней до даты годовщины полиса. При этом дополнительное соглашение об индексации направляется не позднее, чем за 4 месяца до даты **следующей годовщины договора (полиса)**. При внесении финансовых изменений в договор страхования индексация проводится со следующей годовщины страхового договора.

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, и/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 и 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 условий 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 « _____ » _____ **20** ____ г.

Телефон для связи: _____

Заполняется агентом

Дата принятия заявления « _____ » _____ **20** ____ г.

ФИО агента/ название брокера _____

Нлмер агентства _____