

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

Я, (ФИО) \_\_\_\_\_

являясь Страхователем по договору страхования (полису) серия **LA1** №                      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**. **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/Основной программы страхования

Прошу страховую сумму по основной программе страхования:

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

**! 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 (укажите сумму в валюте страхования)
Программа страхования от несчастных случаев	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	
Программа страхования на случай онкологических заболеваний (только для договоров, заключенных после 01.07.2008 года)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	
Программа освобождения от уплаты взносов (в случае инвалидности)	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<b>не заполняется</b>	

1. В этом случае в отношении Программы страхования от несчастных случаев договор страхования считается заключенным на основании Правил добровольного пенсионного страхования и Дополнительных 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 «Гранде», утвержденная 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, утвержденных приказом Генерального директора № 215 от 31.12.2019 г., а также Дополнительных условий страхования на случай онкологических заболеваний к ним, утвержденных приказом Генерального директора № 71 от 01.06.2020 г.

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

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

Застрахованный настоящим подтверждает только при выборе Программы страхования на случай онкологических 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 или не проходит лечение по поводу онкологического заболевания (в том числе по поводу любой формы злокачественной опухоли, рака, лейкемии, лимфомы или любой другой формы злокачественного состояния), в настоящем или прошлом, а также не имел рекомендаций к такому лечению;
- не имеющих диагностированных психические (нервные) заболевания и/или расстройства;
- не болеет СПИДом или не инфицирован вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфицированные);

- не наблюдается или не наблюдался в онкологическом диспансере;
- не находится под следствием и не осужден к лишению свободы;
- не занят в работах с радиоактивными веществами или химическими канцерогенами;
- не является 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(-на) о том, что ООО «ППФ Страхование жизни» 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 «ППФ Страхование жизни» медицинском учреждении. Расходы по проведению медицинской экспертизы оплачиваются ООО «ППФ Страхование жизни»;
- дает разрешение любому лечебному учреждению или врачу, куда и к кому Застрахованный обращался(-лась) или будет обращаться в течение срока действия Договора страхования, предоставлять ООО «ППФ Страхование жизни» 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 от 10 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 2-х 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       раз в полгода       ежеквартально

### **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 \_\_\_\_\_

Номер агентства \_\_\_\_\_