PPF Страхование жизни

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ИЗМЕНЕНИЕ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ
*к договору **«ГАРДИА»***

Я, (ФИО)_____,

являясь Страхователем по договору страхования (полису) серия **RT1** № ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
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 программе Страхования на срок Базовой программы страхования:
☐ Увеличить ☐ Уменьшить до _____
(укажите страховую сумму в валюте договора страхования)

Страховая сумма по программе Страхование на дожитие Базовой программы страхования устанавливается в зависимости от срока страхования и суммы страховых взносов за весь период страхования, поэтому внесение финансовых изменений в полис приведет к изменению страховой суммы по программе Страхование на дожитие.

! **Изменение страховой суммы по Базовой программе** (Страхование на срок) возможно только в том случае, если после проведенных изменений **до окончания** срока действия Договора страхования останется **не менее 3-х лет.**
! **При увеличении страховой суммы по Базовой программе** (Страхование на срок) Застрахованному необходимо заполнить Анкету Застрахованного (прилагается) и, при необходимости, дополнительное приложение к Анкете с подробными ответами.
! **При уменьшении страховой суммы по Базовой программе** (Страхование на срок) может потребоваться изменение страховых сумм по Дополнительным программам страхования в соответствии с критериями, установленными компанией.
! Размер страховой суммы по Базовой программе (Страхование на срок) **не может быть менее 150 000 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)
Страхование от несчастных случаев			
Смерть Застрахованного в результате НС	☐	☐	
Инвалидность Застрахованного в результате НС	☐	☐	
Временная нетрудоспособность Застрахованного	☐	☐[1]	
Временная нетрудоспособность Застрахованного с расширенной выплатой	☐	☐[1]	
Телесные повреждения Застрахованного	☐	☐[2]	
Госпитализация Застрахованного	☐	☐	
Программа СОЗ 7	☐	невозможно	
Программа СОЗ 27	☐	☐[3]	
Программа страхования на случай инвалидности ЛП	☐	☐[4]	

☐ Страхователь согласен с увеличением размера страховой премии по основной программе на величину инфляционного индекса, утвержденного приказом по компании, с перерасчетом размера страховых сумм (если применимо).
1. ! В этом случае в отношении страхового риска Временная нетрудоспособность Застрахованного/ Временная нетрудоспособность Застрахованного с расширенной выплатой договор страхования считается заключенным на основании Общих правил добровольного страхования жизни, утвержденных приказом Генерального директора № 222 от 29.12.2017 г., а также Дополнительных условий страхования от несчастных случаев в редакции, утвержденной приказом от 29.12.2017 г. № 222. Страхователь подтверждает получение данных правил и дополнительных условий к ним.
3. ! В этом случае в отношении Программы СОЗ договор страхования считается заключенным на основании Общих правил добровольного страхования жизни, утвержденных приказом Генерального директора № 222 от 29.12.2017 г., а также Дополнительных условий страхования на случай смертельно опасных заболеваний (расширенные) к ним в редакции, утвержденной приказом № 222 от 29.12.2017 г. Страхователь подтверждает получение данных правил и дополнительных условий к ним.
4. ! В этом случае в отношении Программы страхования на случай инвалидности ЛП договор страхования считается заключенным на основании Общих правил добровольного страхования жизни, утвержденных приказом Генерального директора № 222 от 29.12.2017 г., а также Дополнительных условий страхования на случай инвалидности I или II группы по любой причине к ним в редакции, утвержденной приказом от № 222 от 29.12.2017 г. Страхователь подтверждает получение данных правил и дополнительных условий к ним.
! **При включении дополнительных программ страхования и/или увеличении страховых сумм по ним или отдельным рискам** Застрахованному необходимо заполнить Анкету Застрахованного (прилагается) и, при необходимости, дополнительное приложение к Анкете с подробными ответами.
! **Включение любого из рисков Программы страхования от несчастных случаев** возможно только при условии, что страховой возраст Застрахованного на дату начала действия программы не превышает 65 лет (включительно)
! **Включение Программы СОЗ или увеличение страховой суммы по ней** возможно только при соблюдении следующих ограничений: страховой возраст Застрахованного на дату начала действия программы или на дату увеличения страховой суммы не превышает 55 лет (включительно) и на дату окончания действия Договора страхования не превышает 65 лет (включительно).
! **Включение Программы страхования на случай инвалидности ЛП или увеличение страховой суммы по ней** возможно только при соблюдении следующих ограничений: страховой возраст Застрахованного на начало действия программы или на дату увеличения страховой суммы не превышает 55 лет (включительно) и на дату окончания действия Договора страхования не превышает 65 лет (включительно)

PPF Страхование жизни

2.2. Изменение Дополнительной программы страхования от несчастных случаев

Дополнительная программа НС	Изменить
Телесные повреждения Застрахованного (только для договоров, заключенных до 10.07.2017)	☐ [2]

2.! В отношении риска «Телесные повреждения Застрахованного» Дополнительной программы страхования от несчастного случая, указанного в п. 2.1. и 2.2., указанных в данном заявлении, договор страхования считается заключенным на основании Общих правил добровольного страхования жизни и Дополнительных условий к ним, утвержденных приказом Генерального директора № 222 от 29.12.2017г., а также Таблицы размеров страховых выплат в связи со страховыми случаями «Телесные повреждения в результате несчастного случая», утвержденных Приказом Генерального директора № 222 от 29.12.2017г. Страхователь подтверждает получение указанных документов.

3. Изменение срока страхования

Прошу изменить срок действия Полиса на следующий:

☐☐ лет (от 5 до 30 лет включительно)

(укажите количество лет от начала действия договора страхования)

! Изменение срока страхования возможно только в том случае, если после проведенных изменений **до окончания** срока действия Договора страхования останется **не менее 3-х лет**.

! Уменьшение срока страхования не может быть более чем на 5 лет.

! Если текущий срок страхования составляет не более 9 лет (включительно), то новый срок страхования также должен быть не более 9 лет (включительно);

Если текущий срок страхования составляет не менее 10 и не более 19 лет (включительно), то новый срок страхования также должен быть не менее 10 и не более 19 лет (включительно);

Если текущий срок страхования составляет не менее 20 лет (включительно), то новый срок страхования также должен быть не менее 20 лет (включительно).

! 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

5. Изменение индексации

Прошу индексацию по моему Полису:

☐включить ☐исключить

! 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, и что изменения вступят в силу только при условии выпуска Страховщиком соответствующего дополнительного соглашения к страховому полису с даты и в порядке, установленном в указанном дополнительном соглашении.

Страхователь:

_____ _____

ФИО Подпись

Телефон для связи: _____

Дата оформления заявления «_____» _____ 20_____ г.

Заполнятся агентом
Дата принятия заявления «_____» _____ 20___г.
ФИО агента/название брокера _____

PPF Страхование жизни

Анкета Застрахованного

к заявлению на изменение программы страхования от «____» _____20__г.

Полис серия RT1 №_____

Годовой доход Застрахованного (в руб.) заполняется при совокупной страховой сумме по рискам свыше 1500000р., по риску «Госпитализация Застрахованного» -свыше 1500р.	☐до 500 000 ☐500 001-750 000 ☐750 001-1 000 000 ☐1 000 001-2000000 ☐2 000 001-3 000 000 ☐более 3 000 000		
Рост (см) ☐☐☐	Вес (кг) ☐☐☐	Цифры артериального давления (мм.рт.ст.) (последнее измерение): ☐☐☐/☐☐☐	Ваша профессия

1. Связана ли Ваша профессиональная деятельность с обстоятельствами повышенного риска (например, работа на высоте свыше 15 м, работа в море, работа под водой, работа в нефтяной или газовой промышленности, работа под землёй /шахты/, работа со взрывчатыми веществами, работа с опасными химическими веществами или составами, работа в охранных фирмах, работа в правоохранительных органах и т.п.)	☐ Да ☐ Нет
2. Намереваетесь ли Вы путешествовать в “горячие" точки планеты (например, места вооруженных конфликтов, военных действий и т.п.)?	☐ Да ☐ Нет
3. Занимаетесь ли Вы в качестве хобби или профессионально авиацией, погружением в воду (плавание с аквалангом и т.п.), парашютным спортом, дельтапланеризмом, автомобильными гонками, горными/водными лыжами, парусным спортом, альпинизмом, спелеологией, боксом, борьбой или боевыми искусствами, верховой ездой или другим видом спорта?	☐ Да ☐ Нет
4. Получали ли Вы врачебные рекомендации о снижении или отмене потребления табака и алкоголя в связи с состоянием здоровья?	☐ Да ☐ Нет
5. Застрахована ли Ваша жизнь в “ППФ Страхование жизни” или других компаниях? Подавали ли Вы (или собираетесь подать) заявление на страхование жизни или от несчастного случая в другие страховые компании?	☐ Да ☐ Нет
6. Были ли у Вас травмы, несчастные случаи за последние 5 лет?	☐ Да ☐ Нет
7. Имеется ли у Вас группа инвалидности?	☐ Да ☐ Нет
8. Проходили ли Вы курс радиационной терапии в лечебных целях? Были ли Вы связаны с радиоактивными материалами и подвергались ли Вы облучению выше установленных норм?	☐ Да ☐ Нет
9. Принимали ли Вы разного рода седативные (например, снотворные) вещества, транквилизаторы (антидепрессанты и т.п.) или наркотические вещества в лечебных или иных целях?	☐ Да ☐ Нет
10. Принимали ли Вы лекарственные препараты непрерывно более 4-х недель?	☐ Да ☐ Нет
11. Болеете ли Вы в настоящий момент? Намереваетесь ли Вы обратиться к врачу в течение ближайших 4 недель?	☐ Да ☐ Нет
12. Проходили ли Вы медицинское освидетельствование, лечение или исследовали ли Вы кровь в связи с заболеваниями, передающимися половым путем или в связи с гепатитами? Обнаруживали ли у Вас ВИЧ-инфекцию (СПИД)?	☐ Да ☐ Нет
БОЛЕЛИ ЛИ ВЫ КОГДА - НИБУДЬ ИЛИ СТРАДАЛИ СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ:	
13. Артериальная гипертония (повышенное кровяное давление), заболевания сосудов, нарушение кровообращения?	☐ Да ☐ Нет
14. Любое заболевание сердечно-сосудистой системы (например, эндокардит, шумы, ишемическая болезнь, боли за грудиной, одышка или учащенное сердцебиение)?	☐ Да ☐ Нет
15. Болезни органов дыхания (например, астма, бронхит, туберкулез и т.п.)?	☐ Да ☐ Нет
16. Заболевания пищеварительной системы, желчного пузыря или печени (например, язва, хронический гастрит, либо частые диареи, запоры, отрыжка, изжога и т.п.)?	☐ Да ☐ Нет
17. Заболевания почек или мочеполовой системы (например, частые отеки, белок в моче, камни или венерические заболевания и т.п.)?	☐ Да ☐ Нет
18. Какие-либо нервные или психические заболевания, например, эпилепсия, временная потеря сознания, паралич или состояние депрессии?	☐ Да ☐ Нет
19. ЛОР заболевания, снижение зрения (близорукость, дальнозоркость более 6 диоптрий) или заболевания глаз?	☐ Да ☐ Нет
20. Заболевания опорно-двигательного аппарата (например, заболевания мышц, костей, суставов, позвоночника и т.п.)?	☐ Да ☐ Нет
21. Диабет, заболевания щитовидной железы или др. болезни эндокринной системы?	☐ Да ☐ Нет
22. Новообразования (опухоли злокачественные или доброкачественные), в т.ч. заболевания крови?	☐ Да ☐ Нет
23. Проходили ли Вы специальные обследования (рентген, ЭКГ, УЗИ и др.) в связи с заболеваниями за последние 5 лет?	☐ Да ☐ Нет
24. (ВОПРОС ДЛЯ ЖЕНЩИН). Какие- либо заболевания женских половых органов (например, придатков, матки и т.п.), молочных желез, осложненные беременности, роды или выкидыши?	☐ Да ☐ Нет
24.1. Беременны ли вы сейчас?	☐ Да ☐ Нет
25. ИСТОРИЯ СЕМЬИ: Страдали ли от диабета, рака, инсульта, заболеваний сердца или болезней почек Ваши родители, братья или сестры, живые или умершие в возрасте до 60 лет?	☐ Да ☐ Нет
26. Другие болезни, операции, госпитализации, нетрудоспособность, отравления, несчастные случаи за последние 5 лет?	☐ Да ☐ Нет

Я, _____,
(ФИО Застрахованного)

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, страховым медицинским организациям, территориальным и федеральному фонду ОМС, бюро МСЭ, органам исполнительной власти, правоохранительным и иным компетентным органам, моему работодателю, предоставлять ООО «ППФ Страхование жизни» полную информацию об обстоятельствах страхового события, проведенном лечении, истории заболевания, физическом и психическом состоянии, состоянии здоровья, диагнозе, лечении и прогнозе лечения. С изменением программы страхования согласен.

Застрахованный _____ _____
Подпись *Дата*

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

PPF Страхование жизни

Приложение к Анкете Застрахованного
к заявлению на изменение программы страхования от «____» _____20__г.

Полис серия RT1 №_____

Если в Анкете Застрахованного на какой-либо вопрос Вы ответили «Да», внесите в таблицу номер вопроса и подробные ответы на все дополнительные вопросы, связанные с этим вопросом.

Номера вопросов из анкеты		Подробные ответы

Я, _____,
(ФИО Застрахованного)
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, для заключения и исполнения договора страхования, а также изменения его условий. 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. медицинского заключения для подписания или изменения договора страхования согласен (согласна) на прохождение медицинского обследования. Разрешаю любому лечебному учреждению или врачу, страховым медицинским организациям, территориальным и федеральному фонду ОМС, бюро МСЭ, органам исполнительной власти, правоохранительным и иным компетентным органам, моему работодателю, предоставлять ООО «ППФ Страхование жизни» полную информацию об обстоятельствах страхового события, проведенном лечении, истории заболевания, физическом и психическом состоянии, состоянии здоровья, диагнозе, лечении и прогнозе лечения. С изменением программы страхования согласен.

Застрахованный _____ _____
Подпись *Дата*

ООО «ППФ Страхование жизни» обязуется обеспечивать конфиденциальность предоставленной информации

PPF Страхование жизни

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ,
на которые необходимо ответить при ответе «Да» на соответствующий вопрос анкеты Застрахованного

Номера вопросов в анкете	Дополнительные вопросы
1	1) Укажите характер профессиональной деятельности; 2) Перечислите Ваши основные обязанности; 3) Как часто Вы подвергаетесь опасности?
2	1) Перечислите “Горячие точки“ (ГТ), в которые Вы ездите или намереваетесь ездить; 2) Род Ваших занятий при выезде в ГТ; 3) Как часто Вы ездите или намереваетесь ездить в ГТ?
3	1) Укажите вид спорта и на каком уровне Вы занимаетесь (профессиональном или любительском); 2) Участвуете ли в соревнованиях? 3) Как часто занимаетесь?
4	1) Укажите диагноз, в связи с которым Вы получали рекомендации; 2) Когда Вы получали рекомендации? 3) На протяжении какого периода Вы следовали им?
5	1) Укажите название страховой компании; 2) Вид страхования и дату подачи заявления 3) Страховую сумму; 4) Срок страхования. 5) Было ли отклонено или принято с повышением тарифа?
6	1) Укажите дату и обстоятельства несчастного случая (травмы); 2) Какой диагноз Вам был поставлен? 3) Была ли госпитализация? Если да, укажите период; 4) Были ли осложнения? Если да, укажите диагноз, какое проводилось лечение и страдаете ли в настоящее время.
7	1) Какая группа Вам присвоена и когда? 2) На основании какого диагноза? 3) Есть ли право на трудовую деятельность? Если да, то какие даны рекомендации по условиям труда.
8	1) С какими именно материалами Вы были связаны? 2) Укажите период времени, когда Вы подвергались облучению; 3) Укажите полученную дозу. 4) Если ставился диагноз – укажите дату его постановки, в связи с чем Вы проходили радиационную терапию; 5) Продолжительность лечения
9-10	1) Укажите диагноз и дату его постановки, в связи с чем Вы принимали препараты; 2) Названия препаратов; 3) Продолжительность приема.
11	1) Укажите диагноз, если он поставлен, если нет укажите симптомы. 2) Укажите причину, по которой Вы намереваетесь обратиться к врачу; 3) К какому специалисту и когда Вы намереваетесь обратиться?
12-24, 26	1) Укажите диагноз и дату его постановки; 2) На основании каких исследований, анализов был поставлен диагноз? 3) Укажите, какое лечение проводилось и его продолжительность; 4) Была ли госпитализация? Если да, укажите период; 5) Проводилось ли хирургическое вмешательство, если да, то укажите какая была проведена операция и когда; 6) Страдаете ли вы этим заболеванием в настоящее время? Если да, то укажите симптомы; 7) 13, 14 вопросы. Укажите цифры “рабочего“ и максимального давления; 8) 12 вопрос. Когда Вы проходили в последний раз исследование крови? И какие результаты?
23	1) Укажите диагноз и дату его постановки, в связи с чем Вы проходили обследование; 2) Вид обследования; 3) Дату последнего проведения обследования и диагноз.
25	1) Укажите дату рождения и степень родства Вашего родственника; 2) Какой диагноз и когда ему был поставлен? 3) Если произошла смерть, то укажите, когда и по какой причине.

1	**Если Застрахованный страдает сахарным диабетом, необходимо дополнительно указать:**
	1) Тип сахарного диабета (I; II; инсулинзависимый/инсулиннезависимый). Дату установления диагноза. 2) Как часто Вы проверяете кровь на сахар, сдаете анализы крови и мочи? 3) Дату и результат последнего анализа крови на гликозилированный гемоглобин (Hb A1c). 4) Дату и результат последнего анализа мочи (наличие сахара и белка). 5) Отмечалось ли ухудшение зрения? Ставился ли когда-нибудь диагноз “ретинопатия“, “ангиопатия“, “нейропатия“? 6) Возникала ли диабетическая кома, иные осложнения со стороны конечностей, сердца, почек, нервной системы (следует перечислить диагнозы)?
2	**Если Застрахованный страдает бронхиальной астмой, необходимо дополнительно:**
	1) Указать полный диагноз и дату его установления. 2) Указать, как часто возникают приступы, чем провоцируются, чем снимаются. 3) Указать принимаемые лекарственные препараты (название, дозировку, способ применения (ингалятор, таблетки)). 4) Указать максимальный период нетрудоспособности по поводу астмы за последние два года. 5) Приложить к Заявлению результат последнего исследования функции внешнего дыхания.