

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 100 000 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 страхования	Включить	Исключить	Страховая сумма (укажите сумму в рублях)
Программа НС	<input type="checkbox"/> ¹	<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.

Дополнительная программа НС	Изменить
Риск «травма Застрахованного»	<input type="checkbox"/> ²

^{1,2} В отношении страхового риска «травма Застрахованного» Программы НС действует Таблица размеров страховых выплат в связи со страховыми случаями «травма Застрахованного», утвержденная приказом Генерального директора № 119 от 15.07.2021г.

Страхователь подтверждает получение указанного документа.

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:

ФИО агента/ название брокера _____

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 1-й, 2-й, 3-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, диагностированные онкологические (злокачественные) заболевания, диагностированный остеопороз, 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 - инфекция);
- не находится под следствием и не осужден к лишению свободы;
- не имеет на законном основании отказов в заключении договоров личного страхования, также не имеет предложений о заключении договоров личного страхования или отдельных программ таких договоров.

Застрахованный _____

ФИО

подпись