

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ИЗМЕНЕНИЕ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ к договору «ГЛОРИЯ» (серии GL1, RT1)

Я, (ФИО) _____,

являясь Страхователем по договору страхования (полису) серия _____ №
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 «Страхование 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 до окончания срока действия договора осталось **более 3 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) |
|---|--------------------------|--------------------------|---|
| Программа НС | | | |
| Смерть в результате несчастного случая | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Инвалидность Застрахованного | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Временная нетрудоспособность Застрахованного | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Телесные повреждения Застрахованного | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Госпитализация Застрахованного | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Программа страхования на случай инвалидности I или II группы (для договоров с датой начала 06.04.15 и позднее) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Программа ЖОЗ | | | |

! 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.

! **Увеличение страховой суммы по Программе ЖОЗ** возможно только при соблюдении следующих ограничений: страховой возраст Застрахованного на дату увеличения страховой суммы не превышает 55 лет (включительно).

! **Невозможно одновременное действие Программы страхования на случай инвалидности I или II группы и риска «Инвалидность Застрахованного» Программы НС** в рамках одного договора страхования.

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 **до окончания** срока действия Договора страхования осталось **более 3 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

Дата оформления заявления « _____ » _____ 20__ г.

Заполняется агентом

Дата принятия заявления « _____ » _____ 20__ г.

ФИО агента/название брокера _____

Анкета Застрахованного

к заявлению на изменение программы страхования от « _____ » _____ 20__ г.

Полис серия _____ № _____

| | | | |
|---|--|--|--|
| Годовой доход <input type="checkbox"/> до 500 000 <input type="checkbox"/> 500 001-750 000 <input type="checkbox"/> 750 001-1 000 000 <input type="checkbox"/> 1 000 001-2000000 <input type="checkbox"/> 2 000 001-3 000 000 <input type="checkbox"/> более 3 000 000 | | | |
| Застрахованного (в руб.) заполняется при совокупной страховой сумме по рискам свыше 1500000р., по риску «Госпитализация Застрахованного» -свыше 1500р. | | | |
| Рост (см) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Вес (кг) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Цифры артериального давления (мм.рт.ст.) (последнее измерение): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 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 землей /шахты/, работа со взрывчатыми веществами, работа с опасными химическими веществами или составами, работа в охранных фирмах, работа в правоохранительных органах и т.п.) | | | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 2. Намереваетесь ли Вы путешествовать в "горячие" точки планеты (например, места вооруженных конфликтов, военных действий и т.п.)? | | | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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? | | | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 4. Получали ли Вы врачебные рекомендации о снижении или отмене потребления табака и алкоголя в связи с состоянием здоровья? | | | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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? | | | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 6. Были ли у Вас травмы, несчастные случаи за последние 5 лет? | | | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 7. Имеется ли у Вас группа инвалидности? | | | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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? | | | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 9. Принимали ли Вы разного рода седативные (например, снотворные) вещества, транквилизаторы (антидепрессанты и т.п.) или наркотические вещества в лечебных или иных целях? | | | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 10. Принимали ли Вы лекарственные препараты непрерывно более 4-х недель? | | | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 11. Болеете ли Вы в настоящий момент? Намереваетесь ли Вы обратиться к врачу в течение ближайших 4 недель? | | | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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)? | | | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| БОЛЕЛИ ЛИ ВЫ КОГДА - НИБУДЬ ИЛИ СТРАДАЛИ СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: | | | |
| 13. Артериальная гипертония (повышенное кровяное давление), заболевания сосудов, нарушение кровообращения? | | | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 14. Любое заболевание сердечно-сосудистой системы (например, эндокардит, шумы, ишемическая болезнь, боли за грудиной, одышка или учащенное сердцебиение)? | | | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 15. Болезни органов дыхания (например, астма, бронхит, туберкулез и т.п.)? | | | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 16. Заболевания пищеварительной системы, желчного пузыря или печени (например, язва, хронический гастрит, либо частые диареи, запоры, отрыжка, изжога и т.п.)? | | | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 17. Заболевания почек или мочеполовой системы (например, частые отеки, белок в моче, камни или венерические заболевания и т.п.)? | | | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 18. Какие-либо нервные или психические заболевания, например, эпилепсия, временная потеря сознания, паралич или состояние депрессии? | | | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 19. ЛОР заболевания, снижение зрения (близорукость, дальнозоркость более 6 диоптрий) или заболевания глаз? | | | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 20. Заболевания опорно-двигательного аппарата (например, заболевания мышц, костей, суставов, позвоночника и т.п.)? | | | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 21. Диабет, заболевания щитовидной железы или др. болезни эндокринной системы? | | | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 22. Новообразования (опухоли злокачественные или доброкачественные), в т.ч. заболевания крови? | | | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 23. Проходили ли Вы специальные обследования (рентген, ЭКГ, УЗИ и др.) в связи с заболеваниями за последние 5 лет? | | | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 24. (ВОПРОС ДЛЯ ЖЕНЩИН). Какие-либо заболевания женских половых органов (например, придатков, матки и т.п.), молочных желез, осложненные беременности, роды или выкидыши? | | | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 24.1. Беременны ли вы сейчас? | | | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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? | | | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 26. Другие болезни, операции, госпитализации, нетрудоспособность, отравления, несчастные случаи за последние 5 лет? | | | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 27. Получали ли Вы, или было ли Вам рекомендовано когда-либо лечение по поводу: рака молочной железы / рака in situ молочной железы? Рака яичника / рака in situ яичника? Рака маточной трубы / рака in situ маточной трубы? Рака матки / рака in situ матки? Рака шейки матки / рака in situ шейки матки? Рака влагалища или вульвы / рака in situ влагалища или вульвы? Любого другого злокачественного новообразования, включая злокачественные заболевания крови, такие как лейкомия или лимфома? | | | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 28. Было ли у Вас в течение последнего года обследование, которое показало следующее: аномальные результаты биопсии молочных желез? Аномальные результаты (кроме доброкачественных признаков) маммографии? Аномальные результаты цитологического мазка шейки матки (мазка Папаниколау)? Аномальное кровотечение из влагалища? | | | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 29. Ожидаете ли Вы в настоящее время результатов каких-либо анализов или обследований (включая цитологический мазок из шейки матки, маммографию, биопсию и т.д.), или было ли Вам рекомендовано повторить какое-либо медицинское обследование вследствие аномальных результатов в прошлом? | | | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 30. Имеете ли Вы действующий страховой полис по поводу женского рака или же подали ли Вы заявления о выдаче такого полиса? | | | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 31. Сколько Ваших близких родственников (напр., мать, сестра, дочь) в возрасте до 60 лет болели раком молочных желез, яичников, матки, шейки матки, влагалища или вульвы (включая рак in situ)? | | | |

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.

Приложение к Анкете Застрахованного

к заявлению на изменение программы страхования от « ____ » _____ 20 ____ г.

Полис серия _____ № _____

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 «ПДФ 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 «ПДФ 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 «ПДФ 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 «ПДФ Страхование жизни» обязуется обеспечивать конфиденциальность предоставленной информации

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; 3) Страховую сумму; 4) Срок страхования. |
| 6 | 1) Укажите название компании, куда подавалось заявление; 2) Когда подавалось? 3) Было ли отклонено или принято с повышением тарифа? |
| 7 | 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. |
| 8 | 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 |
| 9 | 1) С какими именно материалами Вы были связаны? 2) Укажите период времени, когда Вы подвергались облучению; 3) Укажите полученную дозу. |
| 10- 20, 25, 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) 10, 11 вопросы. Укажите цифры "рабочего" и максимального давления. 8) 15 вопрос. Когда Вы проходили последний раз исследование крови? И какие результаты? |
| 21 | 1) Укажите диагноз и дату его постановки, в связи с чем Вы проходили радиационную терапию? 2) Продолжительность лечения. |
| 22 23 | 1) Укажите диагноз и дату его постановки, в связи с чем Вы принимали препараты; 2) Названия препаратов; 3) Продолжительность приема. |
| 24 | 1) Укажите диагноз и дату его постановки, в связи с чем Вы проходили обследование; 2) Вид обследования; 3) Дату последнего проведения обследования и диагноз. |
| 27 | 1) Укажите диагноз, если он поставлен, если нет укажите симптомы. |
| 28 | 1) Укажите причину по которой Вы намереваетесь обратиться к врачу; 2) К какому специалисту и когда Вы намереваетесь обратиться? |
| 29 | 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 Основной 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 Основной 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. |