



**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  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, 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 \_\_\_\_\_