

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ИЗМЕНЕНИЕ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ К ДОГОВОРУ "ЭГИДА"

Я, (ФИО) _____,

являясь Страхователем по договору страхования CF1 №

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 изменить страховую сумму по Базовой программе страхования: 1 000 000 рублей 500 000 рублей

2. Изменение Дополнительных программ страхования

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ	ВКЛЮЧИТЬ	ИСКЛЮЧИТЬ	СТРАХОВАЯ СУММА (руб.)
Дополнительная программа Застрахованного взрослого ¹ - первичное диагностирование инфаркта миокарда или инсульта у Застрахованного взрослого	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 000 000
			<input type="checkbox"/> 500 000
Дополнительная программа Застрахованного ребенка ^{2,3} - первичное диагностирование онкологического заболевания (рака) у Застрахованного ребенка (Застрахованных детей) - первичное диагностирование доброкачественной опухоли головного мозга у Застрахованного ребенка (Застрахованных детей)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 000 000
			<input type="checkbox"/> 500 000

¹ Страховая сумма по **Дополнительной программе Застрахованного взрослого** не может превышать страховую сумму по Базовой программе;

² Страховая сумма по **Дополнительной программе Застрахованного ребенка (Застрахованных детей)** не может превышать страховую сумму по Базовой программе;

³ При подключении **Дополнительной программы Застрахованного ребенка (Застрахованных детей)** либо при увеличении страховой суммы по данной программе необходимо заполнить Уведомление о Застрахованных детях

⁴ В этом случае в отношении **Дополнительной программы Застрахованного взрослого** договор считается заключенным на основании Правил добровольного страхования жизни по продукту "Эгида", утвержденных приказом Генерального директора №218 от 31.12.2019г.

При **увеличении** страховой суммы по **Базовой программе** Застрахованный взрослый подтверждает, что на дату оформления настоящего заявления:

- не имеет диагноз онкологического заболевания, преинвазивного рака, в настоящее время и не имел в прошлом, а также на момент заключения договора страхования не проходит обследование на предмет данных заболеваний (в том числе по поводу лейкемии и лимфомы);
- не имеет действующего направления на медико-социальную экспертизу в связи с онкологическим заболеванием;
- никогда ранее не наблюдался и не наблюдается в настоящее время в онкологическом диспансере;
- не болен СПИДом или не инфицирован вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфицирован);
- не имеет диагностированных психических (нервных) заболеваний или расстройств;
- не занят в работах с радиоактивными веществами или химическими канцерогенами;
- не находится под следствием и не осужден к лишению свободы;
- не является Застрахованным по договорам страхования, содержащих 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;

При **подключении** **Дополнительной программы Застрахованного взрослого** либо при **увеличении страховой суммы** по данной программе Застрахованный взрослый подтверждает, что на дату оформления настоящего заявления:

- не имеет диагноз и не проходит обследование на предмет следующих заболеваний: диабет, стенокардия, коронарные заболевания сердца, инфаркт миокарда, сердечная аритмия, требующая лечения, сердечные шумы, ревматическая лихорадка, сердечная недостаточность, а также прочие сердечно-сосудистые заболевания и операции на сердце; инсульт, микро-инсульт, кровоизлияние в мозг, афазия, любые формы эпилепсии или паралича.

Застрахованный взрослый (Ф.И.О.) _____ **подпись** _____

Желаемая дата внесения изменений « _____ » _____ **20** _____ **г.**

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 г. № 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 переуступке (передаче) каких-либо прав (обязательств) по нему.

Страховщик уполномочен раскрывать третьим лицам положения договора, а также персональную информацию о Страхователе, Застрахованных и Выгодоприобретателях, 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 мной 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 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 (Ф.И.О.) _____ **подпись** _____

Дата оформления заявления « _____ » _____ **20** _____ **г.** **Телефон для связи** _____

УВЕДОМЛЕНИЕ О ЗАСТРАХОВАННЫХ ДЕТЯХ

Застрахованные дети должны являться детьми Застрахованного взрослого в соответствии с определением п.1.4.3 Правил добровольного страхования жизни по продукту "Эгида" в возрасте от 0 до 17 лет (включительно)

ЗАСТРАХОВАННЫЙ РЕБЕНОК / ЗАСТРАХОВАННЫЕ ДЕТИ		Данные о Застрахованных детях заполняются при выборе Дополнительной программы в Таблице определения размера страхового взноса		
	Ф.И.О.	ПОЛ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	НОМЕР СВИДЕТЕЛЬСТВА О РОЖДЕНИИ ИЛИ НОМЕР ПАСПОРТА (если есть)
4.1		М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>		
4.2		М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>		
4.3		М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>		
4.4		М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>		
4.5		М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>		

Застрахованный взрослый подтверждает, что ему достоверно известно, что ни один из Застрахованных детей:

- не имеет диагноз онкологического заболевания, преинвазивного рака, в настоящее время и не имел в прошлом, а также на момент заключения договора страхования не проходит обследование на предмет данных заболеваний (в том числе по поводу лейкемии и лимфомы);
- не имеет действующего направления на медико-социальную экспертизу в связи с онкологическим заболеванием;
- никогда ранее не наблюдался и не наблюдается в настоящее время в онкологическом диспансере;
- не болен СПИДом или не инфицирован вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфицирован);
- не имеет диагностированных психических (нервных) заболеваний или расстройств;
- не занят в работах с радиоактивными веществами или химическими канцерогенами;
- не находится под следствием и не осужден к лишению свободы;
- не является Застрахованным по договорам страхования, содержащих 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;
- не имеет других действующих договоров страхования по продукту "Эгида";
- не имеет в настоящее время диагноз доброкачественная опухоль головного мозга.

Застрахованный взрослый даёт разрешение любому лечебному учреждению или врачу, страховым медицинским организациям, территориальным и федеральному фонду ОМС, бюро МСЭ, органам исполнительной власти, правоохранительным и иным компетентным органам, работодателю Застрахованного взрослого, предоставлять ООО «ППФ Страхование жизни» полную информацию о событии, имеющем признаки страхового случая, проведенном лечении, истории заболевания, физическом и психическом состоянии, состоянии здоровья, диагнозе, лечении и прогнозе лечения в отношении Застрахованных детей.

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» Застрахованный взрослый даёт согласие Страховщику на проверку и обработку персональных данных, указанных в настоящем страховом полисе, совершаемые с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, в целях заключения и исполнения договора страхования, при уступке (передаче) каких-либо прав (обязательств) по нему, в целях предложения иных услуг Страховщика. Кроме того, Застрахованный взрослый даёт согласие на обработку персональных данных третьими лицами, которым Страховщик может поручить такую обработку, в соответствии со списком, размещенным на официальном сайте Страховщика. Указанное согласие действует бессрочно и может быть отозвано путем направления Страховщику письма с указанием данных, определенных ст.14 Федерального закона «О персональных данных».

Отметить любым знаком, если Застрахованный взрослый не дает согласие Страховщику на проверку и обработку указанных в настоящем страховом полисе персональных данных в целях предложения Застрахованным иных услуг Страховщика.

Застрахованный взрослый подтверждает, что дети, указанные в Таблице "Уведомление о Застрахованных детях" являются детьми Застрахованного взрослого, в том числе усыновленными (удочеренными), взятыми на попечительство или под опеку в соответствии с действующим законодательством РФ.

Застрахованный взрослый осведомлен, что в соответствии с п. 6.14 Правил сообщение ложных, а также неполных сведений по вопросам, сформулированным в данном договоре, может являться основанием для признания договора страхования недействительным.

Застрахованный взрослый (Ф.И.О.) _____ подпись _____

Страхователь (Ф.И.О.) _____ подпись _____