



- не наблюдается или не наблюдался в онкологическом диспансере;
- не находится под следствием и не осуждён к лишению свободы;
- не занят в работах с радиоактивными веществами или химическими канцерогенами;
- не является Застрахованным по договорам страхования, содержащим 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;
- уведомлен(-на) о том, что ООО «ППФ Страхование жизни» имеет право обратиться в суд с иском о признании Договора страхования недействительным, если в настоящей Декларации им (Застрахованным) были предоставлены ложные или недостоверные сведения;
- дает свое согласие на прохождение им при наступлении страхового случая (в случае необходимости) медицинской экспертизы в указанном ООО «ППФ Страхование жизни» медицинском учреждении. Расходы по проведению медицинской экспертизы оплачиваются ООО «ППФ Страхование жизни»;
- дает разрешение любому лечебному учреждению или врачу, куда и к кому Застрахованный обращался(-лась) или будет обращаться в течение срока действия Договора страхования, предоставлять ООО «ППФ Страхование жизни» полную информацию, касающуюся

Застрахованный (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

### **3. Изменение периода накопления**

Прошу изменить период накопления на следующий:

лет (укажите количество лет от начала действия договора страхования)

! Период накопления может составлять от 10 до 30 лет (с шагом 1 год)

! Изменение периода накопления возможно только в том случае, если после проведенных изменений до **окончания** периода накопления останется **не менее 1-го года**

! Уменьшение периода накопления **не может быть более чем на 5 лет**

### **4. Изменение периода выплаты пенсии (гарантированного периода)**

Прошу изменить гарантированный период на следующий:

5 лет       10 лет       15 лет       20 лет

### **5. Изменение периодичности пенсионных выплат**

Прошу изменить периодичность пенсионных выплат на следующую:

ежегодно       раз в полгода       ежеквартально       ежемесячно

### **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       отменить текущую

**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

\_\_\_\_\_

Подпись

Дата оформления заявления « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Телефон для связи: \_\_\_\_\_

**Заполняется агентом:**

Номер агентства/название брокера \_\_\_\_\_

Ф.И.О. агента \_\_\_\_\_

Дата принятия заявления « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202 \_\_\_\_ г.      Подпись агента \_\_\_\_\_