

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ИЗМЕНЕНИЕ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ**

к договору «Оптим» и «Оптим Гарант»

Я, (ФИО) \_\_\_\_\_,

являясь Страхователем по договору страхования (полису) серия **LP** \_\_\_\_\_ №                      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**. Изменение страховой суммы по Базовой программе и срока страхования проводится, начиная со **второй годовщины** страхового договора.

**1. Изменение Базовой программы страхования**

Прошу страховую сумму по Базовой программе страхования:

Увеличить  Уменьшить до \_\_\_\_\_

**! Изменение страховой суммы по Базовой программе** возможно только в том случае, если после проведенных изменений до окончания срока действия Договора страхования останется **не менее 1-го года**.

**! При уменьшении страховой суммы по Базовой программе** может потребоваться изменение страховых сумм по Дополнительным программам страхования: они не должны превышать размер уменьшенной страховой суммы по Базовой программе.

**! Размер страховой суммы по Базовой программе не может быть менее 100 000 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 Дополнительной программы страхования**

Дополнительная программа страхования	Включить	Исключить	Со страховой суммой (Укажите сумму в валюте страхования)
<b>Страхование от несчастных случаев:</b> смерть Застрахованного в результате НС инвалидность Застрахованного в результате НС телесные повреждения Застрахованного госпитализация Застрахованного	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	

1. В этом случае в отношении **Программы страхования от несчастных случаев** договор страхования считается заключенным:

а) для договоров страхования по продукту «Оптим» (LP1,LP7) - на основании Общих правил добровольного страхования жизни и Дополнительных условий по страхованию от несчастных случаев к ним в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 65 от 24.03.2022 г., а также Таблицы размеров страховых выплат в связи со страховыми событиями «телесные повреждения в результате несчастного случая» в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 65 от 24.03.2022 г.;

б) для договоров страхования по продукту «Оптим Гарант» (LP5) - на основании Общих правил добровольного страхования жизни № 2 и Дополнительных условий по страхованию от несчастных случаев к ним в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 66 от 24.03.2022 г., а также Таблицы размеров страховых выплат в связи со страховыми событиями «телесные повреждения в результате несчастного случая» в редакции, утвержденной приказом Генерального директора № 66 от 24.03.2022 г.

**3. Изменение срока страхования**

Прошу изменить срок действия договора страхования на следующий (укажите количество лет от начала действия договора страхования):

5лет  6 лет  7 лет  8 лет  9лет  10лет  15лет  20лет  25лет  30лет

До достижения Застрахованным возраста :

55 лет  60 лет  65 лет

**Важно!** (для договоров серии LP1 срок страхования может быть от 5 до 30 лет и до достижения Застрахованным возраста 55,60,65 лет; для договоров серии LP5 срок страхования может быть от 5 до 6 лет включительно; для договоров серии LP7 срок страхования может быть от 7 до 30 лет включительно.)

**! Изменение срока** страхования возможно только в том случае, если после проведенных изменений **до окончания** срока действия договора страхования останется **не менее 1-го года**.

**! Уменьшение срока** страхования возможно **не более чем на 5 лет**. Исключением является срок страхования более 35 лет, при котором возможно его уменьшение до 30 лет.

#### **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                       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, 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 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:**

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

Ф.И.О. агента \_\_\_\_\_

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