

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ИЗМЕНЕНИЕ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ
к договору «СОЛНЫШКО»**

Я, (ФИО) _____,

являясь Страхователем по договору страхования (полису) серия **LC1** № 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 Базовой программе страхования:

Увеличить Уменьшить до _____

! Изменение страховой суммы по Базовой программе возможно только в том случае, если до окончания срока действия договора осталось **более 3 лет**.

! При **увеличении** страховой суммы по Базовой (основной) программе **Застрахованному** необходимо заполнить Анкету застрахованного (прилагается) и, при необходимости, дополнительное приложение к Анкете с подробными ответами.

! При **уменьшении** страховой суммы по Базовой программе может потребоваться изменение страховых сумм по Дополнительным программам страхования в соответствии с критериями, установленными компанией.

! 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.

2.1 Изменение Дополнительной программы страхования

Дополнительные программы страхования	Исключить	Включить	Страховая сумма (Укажите сумму в валюте страхования)
Страхование на срок Основного Застрахованного	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Программа НС для Основного Застрахованного	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> **	
Программа НС для Застрахованного ребенка (для детей старше 1-го года)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> **	
Программа СОЗ 7 для Основного Застрахованного	<input type="checkbox"/>	невозможно	
Программа СОЗ 27 для Основного Застрахованного	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	
Программа СОЗ для Застрахованного ребенка для детей старше 3-х лет)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	
Программа освобождения от уплаты взносов в случае инвалидности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Страхователь согласен с увеличением размера страховой премии по основной программе на величину инфляционного индекса, утвержденного приказом по компании, с перерасчетом размера страховых сумм (если применимо).

*! В этом случае в отношении программы СОЗ договор страхования считается заключенным на основании Общих правил добровольного страхования жизни, утвержденных приказом генерального директора № 49 от 30 мая 2016 года, а также Дополнительных условий страхования на случай смертельно опасных заболеваний (расширенных, включая страхование детей) к ним в редакции, утвержденной приказом от 30.05.2016 г. № 49. Страхователь подтверждает получение данных правил и дополнительных условий к ним.

! При **включении дополнительных программ страхования и/или увеличении страховых сумм по ним** **Застрахованному** необходимо заполнить Анкету Застрахованного (прилагается) и, при необходимости, дополнительное приложение к Анкете с подробными ответами.

! **Включение Программы СОЗ или увеличение страховой суммы по ней** возможно только при соблюдении следующих ограничений: страховой возраст **Застрахованного** на дату начала действия программы или на дату увеличения страховой суммы не превышает 55 лет (включительно) и на дату окончания действия Договора страхования не превышает 65 лет (включительно).

! **Включение Программы освобождения от уплаты взносов в случае инвалидности** возможно только при соблюдении следующих ограничений: возраст **Застрахованного** на дату начала действия Программы не может превышать 52 лет (включительно) для женщин и 57 лет (включительно) для мужчин.

2.2 «Изменение Дополнительной программы страхования от несчастных случаев»

Дополнительная Программа НС	Изменить
Программа НС для Основного Застрахованного	<input type="checkbox"/> **
Программа НС для Застрахованного ребенка	<input type="checkbox"/> **

** ! В отношении Дополнительных программ страхования: Программа НС Основного Застрахованного и Программа НС Застрахованного ребенка, указанных в п. 2.1. и 2.2. договор страхования считается заключенным на основании Общих Правил добровольного страхования жизни, утвержденных приказом Генерального директора № 49 от 30.05.2016 г., Дополнительные условия по страхованию от несчастных случаев (по программе Солнышко (LC)) и Таблицы размеров страховых выплат в связи со страховыми случаями «Телесные повреждения в результате несчастного случая», утвержденных приказом Генерального директора № 98 от 05.06.2017 года. Страхователь подтверждает получение указанных документов.

3. Изменение срока страхования

Прошу изменить срок действия Полиса:

До достижения Застрахованным Ребенком возраста:

18 лет 19 лет 20 лет 21лет 22 лет 23 лет 24 лет 25 лет

! **Изменение срока страхования** возможно только в том случае, если **до окончания** срока действия Договора страхования осталось **более 3 лет**.

! **Уменьшение срока страхования** возможно не более чем на 5 лет.

! **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, передавая Страховщику в связи с Договором страхования.

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	Заполняется сотрудником ООО «ППФ Страхование жизни»
Дата принятия заявления « _____ » _____ 20__ г.	Дата принятия заявления « _____ » _____ 20__ г.
ФИО агента/название брокера _____	ФИО сотрудника _____

Анкета Застрахованного
к заявлению на изменение программы страхования от « _____ » _____ 20__ г.
Полис серия LC1 № _____

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"/> 1 000 001-2 000 000 <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="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Вес (кг) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Цифры артериального давления (мм.рт.ст.) (последнее измерение): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	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

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, куда и к кому я обращался (обращалась), предоставить полную информацию, касающуюся состояния моего здоровья, ООО «ППФ Страхование жизни». С изменением программы страхования в соответствии с настоящим заявлением 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 LC1 № _____

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 «ПФФ 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 «ПФФ 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, куда и к кому я обращался (обращалась), предоставить полную информацию, касающуюся состояния моего здоровья, ООО «ПФФ Страхование жизни». С изменением программы страхования в соответствии с настоящим заявлением согласен.

 Подпись

 Дата

ООО «ПФФ Страхование жизни» обязуется обеспечивать конфиденциальность предоставленной информации

ООО «ПФФ Страхование жизни», Лицензии Банка России СЖ № 3609 от 27.01.2017 и СЛ № 3609 от 27.01.2017
 Адрес юридического лица: 108811, город Москва, километр Киевское шоссе 22-й (п. Московский), домовл. 6, строение 1
 Адрес для корреспонденции: Киевское шоссе 22-й км, домовладение 6, строение 1, п. Московский, а/я 2290, г. Москва, 108811
 Телефон: (495)785-82-00; 8-800-775-82-00

Анкета Застрахованного ребенка

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

Полис серия LC1 № _____

Рост (см) □□□	Вес (кг) □□□	
		1. Болел ли кто-нибудь из членов семьи, в которой живет ребенок, каким-либо инфекционным заболеванием за последние 3 месяца? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		2. Проводились ли когда-либо ребенку хирургические операции по рекомендации врача? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		3. Переносил ли ребенок какие-либо болезни, был ли жертвой несчастного случая, была ли в анамнезе операция или ее предполагают сделать? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		4. Лечили ли ребенка когда-либо по поводу наркотической/алкогольной зависимости? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		5. Находится ли ребенок под наблюдением врача в настоящий момент? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		6. Занимается ли ребенок в качестве хобби или профессионально каким-либо видом спорта? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		7. Были ли осложнения у ребенка после вакцинации? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		8. Есть ли у ребенка особые приметы (например, родимые пятна)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
БОЛЕЛ ЛИ РЕБЕНОК КОГДА-НИБУДЬ СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ:		
		9. Заболевания сердца или кровеносных сосудов, а именно: врожденный порок сердца, шумы сердца, клапанная патология, повышенное артериальное давление, миокардит, ревматическая лихорадка, бактериальный эндокардит, аневризма, любые другие пороки? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		10. Заболевания носоглотки и легких, а именно: астма, туберкулез, эмфизема, фиброз, острый или хронический бронхит, пневмония, постоянный кашель, плеврит, а также любая опухоль, любой врожденный порок развития (например, расщелина верхней губы "заячья губа" или расщелина твердого неба "волчья пасть")? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		11. Заболевания желудочно-кишечного тракта, печени и желчного пузыря, а именно: желтуха, гепатит, расстройства функций печени, желчного пузыря или поджелудочной железы, синдром мальабсорбции, заболевания толстого кишечника, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, любой врожденный порок (например, атрезия пищевода, аноректальная атрезия)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		12. Заболевания почек, мочевого пузыря, половых органов, а именно: врожденные пороки, пиелонефрит, гломерулонефрит, нефролитиаз, нефротический синдром, любая опухоль, поликистозная болезнь почек; наличие белка, глюкозы или эритроцитов в анализе мочи? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		13. Расстройства центральной нервной системы, головного мозга, психические расстройства, а именно: повреждение мозга, травма головы, гидроцефалия, церебральный паралич, задержка в развитии, психические расстройства, расстройства питания, расстройства личности, аутизм, шизофрения, эпилепсия, паралич, менингит, энцефалит, спина бифида? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		14. Расстройства глаз и ушей, а именно: любые заболевания глаз (например катаракта), ухудшение зрения или слепота, любые заболевания ушей, нарушения слуха или глухота? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		15. Заболевания кожи, костной системы и суставов, а именно: любые врожденные пороки, дисплазия тазобедренного сустава, несовершенный остеогенез, мышечная слабость, дистрофия мышц, любые переломы, болезнь двигательного нейрона, атрофия мышц позвоночника, любая опухоль, ревматическое заболевание, болезнь Стилла? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		16. Расстройства эндокринной системы и заболевания крови, а именно: сахарный диабет, гипо-/ гипертиреоз, гиперлипидемия, адреногенитальный синдром, синдром Кушинга, болезнь Аддисона, синдром Конна, анемия, лейкопения, болезнь Ходжкина, неходжкинская лимфома, нарушения свертывания крови? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		17. Опухоли и инфекционные заболевания, такие как: рак, доброкачественные опухоли, ветрянка, краснуха, корь, полиомиелит, брюшной тиф, малярия, ВИЧ-инфекция? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		18. ИСТОРИЯ СЕМЬИ РЕБЕНКА: страдали ли от диабета, рака, инсульта, заболеваний сердца или болезней почек родные родители, братья или сестры ребенка, живые или умершие в возрасте до 60 лет? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		19. За последние 2 года переносил ли ребенок какие-либо заболевания, получал ли травмы, делали ли ему операции, принимал ли лекарства, находился на стационарном лечении и получал ли любое другое медицинское обслуживание, не упомянутое выше? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		20. Укажите название и адрес медицинского учреждения, где наблюдается застрахованный ребенок и имя его лечащего врача (если таковой имеется).
		21. Укажите текущее место проживания Застрахованного ребенка.

Я, _____ (ФИО Застрахованного ребенка/Законного представителя)

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, куда и к кому я обращался (обращалась), предоставить полную информацию, касающуюся состояния моего здоровья, ООО «ППФ Страхование жизни». С изменением программы страхования в соответствии с настоящим заявлением согласен.

 Застрахованный ребенок/Законный представитель _____ **Подпись** _____ **Дата** _____

ООО «ППФ Страхование жизни» обязуется обеспечивать конфиденциальность предоставленной информации.

Приложение к Анкете Застрахованного ребенка
к заявлению на изменение программы страхования от « ____ » _____ 20__ г.

Полис серия LC1 № _____

Если в Анкете Застрахованного ребенка 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 ребенка/Законного представителя)
заявляю что мои ответы на вопросы, приведенные выше являются полными и правдивыми. Я предоставляю ООО «ПФФ 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 «ПФФ 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, куда и к кому я обращался (обращалась), предоставить полную информацию, касающуюся состояния моего здоровья, ООО «ПФФ Страхование жизни». С изменением программы страхования в соответствии с настоящим заявлением согласен.

_____ *Подпись* _____ *Дата*

ООО «ПФФ Страхование жизни» обязуется обеспечивать конфиденциальность предоставленной информации