



**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 "РПФ 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 «РПФ 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: \_\_\_\_\_

<b>Заполняется агентом</b>
Дата принятия заявления « _____ » _____ 20____ г.
ФИО агента/название брокера _____
Номер агентства _____