



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 "Дженерали 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 «Дженерали 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, 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.

С изменением программы страхования в соответствии с настоящим заявлением согласен.

Страхователь:

ФИО

Подпись

Дата оформления заявления « _____ » _____ **20** ____ г.

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

**GENERALI PPF**

Страхование жизни

Медицинская Анкета Застрахованного

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

Полис серия LC1 № _____

Рост (см) □□□	Вес (кг) □□□	Цифры артериального давления (мм.рт.ст.) (последнее измерение): □□□/□□□	Ваша профессия
1. Связана ли Ваша профессиональная деятельность с обстоятельствами повышенного риска (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)			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2. Намереваетесь ли Вы путешествовать в "горячие" точки планеты (места вооруженных конфликтов и военных действий) ?			<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 и т.п. ? Другой спорт?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Информация о курении за последние 12 месяцев (количество сигарет в день): □□□			
Потребление алкоголя (вид алкоголя и количество за неделю в литрах): пиво □□□ вино □□□ крепкие напитки (> 40°) □□□			
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 СК "Дженерали 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
Подробности: (укажите компанию и страховую сумму)			
6. Подавали ли Вы уже заявление на страхование жизни, которое было отклонено или принято на особых условиях?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
7. Были ли у Вас травмы, несчастные случаи за последние 5 лет ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
8. Имеется ли у Вас группа инвалидности?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
9. Были ли Вы связаны с радиоактивными материалами и подвергались ли Вы облучению выше установленных норм ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
БОЛЕЛИ ЛИ ВЫ КОГДА - НИБУДЬ ИЛИ СТРАДАЛИ СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ:			
10. Любое заболевание сердца (например, эндокардит, шумы, ишемическая болезнь, боли за грудиной, одышка или учащенное сердцебиение)?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
11. Повышенное кровяное давление, заболевания сосудов или нарушение кровообращения ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
12. Болезни органов дыхания (астма, бронхит, туберкулез и т.п.) ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
13. Заболевания пищеварительной системы, желчного пузыря или печени (язва, хр. гастрит, либо частые диарея, запоры, отрыжка, икота, изжога) ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
14. Заболевания почек или мочеполовой системы (частые отеки, белок в моче, камни или венерические заболевания) ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
15. Проходили ли Вы медицинское освидетельствование, лечение или исследовали ли Вы кровь в связи с заболеваниями, передающимися половым путем или в связи с гепатитами ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
15.1 Обнаруживали ли у Вас ВИЧ-инфекцию (СПИД)?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
16. Какие-либо нервные или психические заболевания, например, эпилепсия, временная потеря сознания, паралич или состояние депрессии ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
17. Были ли у Вас ЛОР заболевания (включая частые ангины, исключая обычные простуды, грипп или детские инфекционные болезни), снижение зрения (близорукость, дальнозоркость более 6 диоптрий) или заболевания глаз ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
18. Заболевания опорно-двигательного аппарата (мышцы, кости, суставы, позвоночник) ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
19. Диабет, заболевания щитовидной железы или др. болезни эндокринной системы ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
20. Новообразования (опухоли злокачественные или доброкачественные), в т.ч. заболевания крови ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
21. Проходили ли Вы курс радиационной терапии ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
22. Принимали ли Вы разного рода седативные (снотворные) вещества, транквилизаторы (антидепрессанты) или наркотические вещества в лечебных или иных целях ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
23. Принимали ли Вы лекарственные препараты непрерывно более 4-х недель?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
24. Проходили ли вы специальные обследования (рентген, ЭКГ, УЗИ, др.) в связи с заболеваниями за последние 5 лет ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
25. (ВОПРОС ДЛЯ ЖЕНЩИН). Какие-либо заболевания женских половых органов (молочных желез, придатков, матки), осложненные беременность, роды, кесарево сечение или выкидыши ? Беременны ли вы сейчас ?			<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
27. Болеете ли Вы в настоящий момент ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
28. Намереваетесь ли Вы обратиться к врачу в течение ближайших 4 недель ?			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
29. 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

Я, _____
(ФИО Застрахованного)

заявляю что мои ответы на вопросы, приведенные выше являются полными и правдивыми. Я предоставляю ООО «Дженерали 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 «Дженерали 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, страховым медицинским организациям, территориальным и федеральному фонду ОМС, бюро МСЭ, органам исполнительной власти, правоохранительным и иным компетентным органам, моему работодателю, предоставлять ООО «Дженерали ППФ Страхование жизни» полную информацию об обстоятельствах страхового события, проведенном лечении, истории заболевания, физическом и психическом состоянии, состоянии здоровья, диагнозе, лечении и прогнозе лечения. С изменением программы страхования в соответствии с настоящим заявлением согласен.

Застрахованный _____

Подпись

Дата _____

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



Дополнительные вопросы, на которые необходимо ответить при ответе «Да» на соответствующий вопрос Медицинской анкеты Застрахованного

Номера вопросов в анкете	Дополнительные вопросы
1	1) Укажите характер профессиональной деятельности;
	2) Перечислите Ваши основные обязанности;
	3) Как часто Вы подвергаетесь опасности?
2	1) Перечислите "Горячие точки" (ГТ), в которые Вы ездите или намереваетесь ездить;
	2) Род Ваших занятий при выезде в ГТ;
	3) Как часто Вы ездите или намереваетесь ездить в ГТ?
3	1) Укажите вид спорта, и на каком уровне Вы занимаетесь (профессиональном или любительском)?
	2) Участвуете ли в соревнованиях?
	3) Как часто занимаетесь?
4	1) Укажите диагноз, в связи с которым Вы получали рекомендации;
	2) Когда Вы получали рекомендации?
	3) На протяжении какого периода Вы следовали им?
5	1) Укажите название страховой компании;
	2) Вид страхования;
	3) Страховую сумму;
	4) Срок страхования.
6	1) Укажите название компании, куда подавалось заявление;
	2) Когда подавалось?
	3) Было ли отклонено или принято с повышением тарифа?
7	1) Укажите дату и обстоятельства несчастного случая (травмы);
	2) Какой диагноз Вам был поставлен?
	3) Была ли госпитализация? Если да, укажите период;
	4) Были ли осложнения? Если да, укажите диагноз, какое проводилось лечение и страдаете ли в настоящее время.
8	1) Какая группа Вам присвоена и когда?
	2) На основании какого диагноза?
	3) Есть ли право на трудовую деятельность? Если да, то какие даны рекомендации по условиям труда?
9	1) С какими именно материалами Вы были связаны?
	2) Укажите период времени, когда Вы подвергались облучению;
	3) Укажите полученную дозу.
10- 20, 25, 26	1) Укажите диагноз и дату его постановки;
	2) На основании каких исследований, анализов был поставлен диагноз;
	3) Укажите какое лечение проводилось и его продолжительность;
	4) Была ли госпитализация? Если да, укажите период;
	5) Проводилось ли хирургическое вмешательство, если да, то укажите какая была проведена операция и когда;
	6) Страдаете ли вы этим заболеванием в настоящее время? Если да, то укажите симптомы.
	7) 10, 11 вопросы. Укажите цифры "рабочего" и максимального давления.
	8) 15 вопрос. Когда Вы проходили последний раз исследование крови? И какие результаты?
21	1) Укажите диагноз и дату его постановки, в связи с чем Вы проходили радиационную терапию?
	2) Продолжительность лечения.
22 23	1) Укажите диагноз и дату его постановки, в связи с чем Вы принимали препараты;
	2) Названия препаратов;
	3) Продолжительность приема.
24	1) Укажите диагноз и дату его постановки, в связи с чем Вы проходили обследование;
	2) Вид обследования;
	3) Дату последнего проведения обследования и диагноз.
27	1) Укажите диагноз, если он поставлен, если нет укажите симптомы.
28	1) Укажите причину по которой Вы намереваетесь обратиться к врачу;
	2) К какому специалисту и когда Вы намереваетесь обратиться?
29	1) Укажите дату рождения и степень родства Вашего родственника
	2) Какой диагноз и когда ему был поставлен.
	3) Если произошла смерть, то укажите когда и по какой причине.
1	Если Основной Застрахованный страдает сахарным диабетом, необходимо дополнительно указать:
	1) Тип сахарного диабета (I, II, инсулинзависимый/инсулинезависимый). Дату установления диагноза.
	2) Как часто Вы проверяете кровь на сахар, сдаете анализы крови и мочи?
	3) Дату и результат последнего анализа крови на гликозилированный гемоглобин (Hb A1c).
	4) Дату и результат последнего анализа мочи (наличие сахара и белка).
	5) Отмечалось ли ухудшение зрения? Ставился ли когда-нибудь диагноз "ретинопатия", "ангиопатия", "нейропатия"?
6) Возникла ли диабетическая кома, иные осложнения - со стороны конечностей, сердца, почек, нервной системы (следует перечислить диагнозы)?	
2	Если Основной Застрахованный страдает бронхиальной астмой, необходимо дополнительно:
	1) Указать полный диагноз и дату его установления.
	2) Указать, как часто возникают приступы, чем провоцируются, чем снимаются.
	3) Указать принимаемые лекарственные препараты (название, дозировку, способ применения (ингалятор, таблетки)).
	4) Указать максимальный период нетрудоспособности по поводу астмы за последние два года.
5) Приложить к Заявлению результат последнего исследования функции внешнего дыхания.	