

Заявление о внесении изменений в Договор страхования жизни

Дата приема заявления « ____ » _____ 20__ г. ФИО сотрудника _____

Отдел сопровождения Офис продаж (только штатным сотрудником) Подпись _____

Страховой полис/договор № _____

от « ____ » _____ 20__ г.

Страхователь:

Фамилия _____

Имя _____ Отчество _____

Прошу внести следующие изменения в Договор страхования:

Изменить ФИО Страхователя Застрахованного лица Выгодоприобретателя

С: Фамилия _____

Имя _____ Отчество _____

На: Фамилия _____

Имя _____ Отчество _____

Изменить документ, удостоверяющий личность Страхователя Застрахованного лица Выгодоприобретателя

Паспорт Иной документ: _____

Серия _____ Номер _____ Дата выдачи « ____ » _____ 20__ г.

Выдан _____
наименование государственного органа РФ, выдавшего документ

Изменить почтовый адрес по месту проживания Страхователя Застрахованного лица Выгодоприобретателя

_____ индекс _____ почтовый адрес _____

Изменить контактные данные Страхователя Тел. мобильный 8 - _____

E-mail _____ @ _____ Телефон 8 - _____

Изменить Добавить Выгодоприобретателя

1. С: Фамилия _____

Имя _____ Отчество _____

На: Фамилия _____

Имя _____ Отчество _____

Дата рождения ____ г. Родственные отношения _____ Доля ____ %

2. С: Фамилия _____

Имя _____ Отчество _____

На: Фамилия _____

Имя _____ Отчество _____

Дата рождения ____ г. Родственные отношения _____ Доля ____ %

В случае, если у Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя изменилась фамилия, имя, отчество или документ, удостоверяющий личность, то к заявлению необходимо приложить копии новых документов.

Страхователь _____ / _____
подпись _____ ФИО _____

Дата « ____ » _____ 20__ г.

Застрахованное лицо* _____ / _____
подпись _____ ФИО _____

Дата « ____ » _____ 20__ г.

Агент _____ / _____
подпись _____ ФИО _____

Дата « ____ » _____ 20__ г.

Прошу внести следующие тарифообразующие изменения*:

Изменить частоту уплаты взносов с _____ на _____
(частота уплаты взносов может быть изменена только в случае рассроченной уплаты взносов)

с индексацией страховых сумм без индексацией страховых сумм

Уменьшить размер страховой суммы по основному риску «Дожитие» с пропорциональным изменением страховых сумм по всем рискам и страхового взноса по Договору (частично расторгнуть Договор)

с суммы _____ руб. на сумму _____ руб.

В случае если по договору на дату внесения изменений причитается часть выкупной суммы, соответствующая доле, в которой были уменьшены страховые суммы и страховые взносы, распределить ее в качестве очередных страховых взносов по Договору

Увеличить размер страховой суммы по рискам (с учетом ограничений, предусмотренных Программой):

_____ с суммы _____ руб. на сумму _____ руб.
Краткое наименование риска

_____ с суммы _____ руб. на сумму _____ руб.
Краткое наименование риска

_____ с суммы _____ руб. на сумму _____ руб.
Краткое наименование риска

_____ с суммы _____ руб. на сумму _____ руб.
Краткое наименование риска

В случае увеличения размера страховой суммы заполняется анкета о состоянии здоровья Застрахованного лица / Страхователя (Приложение 1 к настоящему Заявлению).

Включить в договор страховой риск из дополнительных условий (с учетом ограничений, предусмотренных Программой):

_____ Страховая сумма _____ руб.
Краткое наименование риска

_____ Страховая сумма _____ руб.
Краткое наименование риска

_____ Страховая сумма _____ руб.
Краткое наименование риска

_____ Страховая сумма _____ руб.
Краткое наименование риска

В случае включения в договор страхового риска заполняется анкета о состоянии здоровья Застрахованного лица / Страхователя (Приложение 1 к настоящему Заявлению).

Исключить из дополнительных условий риск(-и): _____
_____ (указать дополнительные риски)

Изменение степени риска
 Страхователя Застрахованного лица в связи с _____
(указать причину: смена хобби, изменения по профессиональному занятию спортом (указать вид) и т.п.)

В случае, если у Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя изменилась фамилия, имя, отчество или документ, удостоверяющий личность, то к заявлению необходимо приложить копии новых документов.

* - кроме коробочных продуктов

Страхователь _____ / _____ Дата «___» _____ 20__ г.
подпись _____ ФИО

Застрахованное лицо _____ / _____ Дата «___» _____ 20__ г.
подпись _____ ФИО

Агент _____ / _____ Дата «___» _____ 20__ г.
подпись _____ ФИО