РГС ЖИЗНЬ

Заявление о редуцировании договора 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:

☐ **Редуцировать страховые суммы по Основным условиям договора страхования:**

С даты вступления в силу данного Дополнительного соглашения:

- Договор преобразуется в полностью оплаченный и уплата взносов по договору прекращается;
- Действие всех страховых рисков по договору, кроме Основных условий, прекращается;
- Начисление дополнительного инвестиционного дохода прекращается.

Страхователь _____/_____ Дата «_____»_____20____г.
подпись ФИО

Агент _____/_____ Дата «_____»_____20____г.
подпись ФИО