

(ПІБ Страхувальника)

(адреса, телефон, E-mail )

### Заява на зміну умов Договору страхування життя

№ \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ р.

<b>Зміна адреси:</b> <input type="checkbox"/> за паспортом <input type="checkbox"/> за місцем проживання	<b>Індекс</b> ____ <b>Країна</b> _____ <b>Область</b> _____ <b>район</b> _____ <b>місто/селище</b> _____ <b>вулиця</b> _____ <b>буд.</b> _____ <b>корп.</b> _____ <b>кв.</b> _____	
<b>Зміна ПІБ та паспортних даних:</b> <input type="checkbox"/> Страхувальника <input type="checkbox"/> Застрахованої особи	_____ у зв'язку з _____ (ПІБ Страхувальника/Застрахованого) (вказати причину) <b>на</b> _____ (ПІБ Страхувальника/Застрахованого) <b>(додати: копію свідоцтва про одруження/розлучення/зміну імені, копія паспорта (1,2 та 11 сторінок) та ідентифікаційний код )</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Зміна Страхувальника</b>	_____ (ПІБ нового Страхувальника) <b>(обов'язкове заповнення медичної декларації)</b> _____ (адреса, телефон, E-mail ) <b>( додати: копію паспорта (1,2 та 11 сторінка) та ідентифікаційний код нового Страхувальника)</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Зміна Вигодонабувача</b>	<b>З</b> _____ ( ПІБ заповнюється повністю) <b>На</b> _____ ( ПІБ заповнюється повністю) <b>Дата народження</b> ____ . ____ . ____ р. <b>За ризиком:</b> <input type="checkbox"/> Дожиття <input type="checkbox"/> Смерть _____ % <b>Відсоток від страхової суми</b> <b>(додати: копію паспорта (1,2 та 11 сторінка) та ідентифікаційний код нового Вигодонабувача)</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Зміна терміну сплати внесків</b>	<b>З</b> _____ років	<b>На</b> _____ років
<input type="checkbox"/> <b>Зміна страхового внеску</b>	<b>З</b> _____	<b>На</b> _____
<input type="checkbox"/> <b>Зміна частоти сплати страхового внеску</b>	<b>З</b> <input type="checkbox"/> щомісячно <input type="checkbox"/> щоквартально <input type="checkbox"/> щопіврічно <input type="checkbox"/> щорічно <input type="checkbox"/> одноразово	<b>На</b> <input type="checkbox"/> щомісячно <input type="checkbox"/> щоквартально <input type="checkbox"/> щопіврічно <input type="checkbox"/> щорічно <input type="checkbox"/> одноразово
<input type="checkbox"/> <b>Включити страхові події</b>	<input type="checkbox"/> Смерть НВ <input type="checkbox"/> Смерть ДТП <input type="checkbox"/> Критичне захворювання <input type="checkbox"/> Інвалідність I групи <input type="checkbox"/> Інвалідність I,II,III групи <input type="checkbox"/> Травматичне ушкодження <input type="checkbox"/> Опція звільнення <b>(обов'язкове заповнення медичної декларації)</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Виключити страхові події</b>	<input type="checkbox"/> Смерть НВ <input type="checkbox"/> Смерть ДТП <input type="checkbox"/> Критичне захворювання <input type="checkbox"/> Інвалідність I групи <input type="checkbox"/> Інвалідність I,II,III групи <input type="checkbox"/> Травматичне ушкодження <input type="checkbox"/> Опція звільнення <input type="checkbox"/> хірургія	
<input type="checkbox"/> <b>Редукувати Договір страхування</b>	<b>З</b> « ____ » _____ 20 ____ року	

Всі інші умови Договору страхування залишити без змін.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ року

\_\_\_\_\_  
( ПІБ /підпис Страхувальника)

