

(ПІБ Страхувальника)

(адреса, телефон, E-mail)

Заява на зміну умов Договору страхування життя

№ _____ від ____ . ____ . ____ р.

<p>Зміна адреси:</p> <p><input type="checkbox"/> за паспортом</p> <p><input type="checkbox"/> за місцем проживанням</p>	<p>Індекс <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Країна _____</p> <p>Область _____</p> <p>район _____</p> <p>місто/селище _____</p> <p>вулиця _____ буд. _____ корп. _____ кв. _____</p>
<p>Зміна ПІБ та паспортних даних:</p> <p><input type="checkbox"/> Страхувальника</p> <p><input type="checkbox"/> Застрахованої особи</p>	<p>у зв'язку з _____ (ПІБ Страхувальника/Застрахованого) на _____ (вказати причину)</p> <p>_____ (ПІБ Страхувальника/Застрахованого)</p> <p><i>(додати: копію свідоцтва про одруження/розлучення/зміну імені, копія паспорта (1,2 та 11 сторінок) та ідентифікаційний код)</i></p>
<p><input type="checkbox"/> Зміна Страхувальника</p>	<p>_____ (ПІБ нового Страхувальника) (обов'язкове заповнення медичної декларації)</p> <p>_____ (адреса, телефон, E-mail)</p> <p><i>(додати: копію паспорта (1,2 та 11 сторінок) та ідентифікаційний код нового Страхувальника)</i></p>
<p><input type="checkbox"/> Зміна номеру телефону чи e-mail</p>	<p>+38 0______ (мобільний телефон у форматі +3 80 *****)</p> <p>_____ (e-mail, окрім з закінченням ru та by)</p>
<p><input type="checkbox"/> Зміна Вигодонабувача</p>	<p>З _____ (ПІБ заповнюється повністю)</p> <p>На _____ (ПІБ заповнюється повністю)</p> <p>Дата народження ____ . ____ . ____ р.</p> <p>За ризиком: <input type="checkbox"/> Дожиття <input type="checkbox"/> Смерть _____ % Відсоток від страхової суми</p> <p><i>(додати: копію паспорта (1,2 та 11 сторінок) та ідентифікаційний код нового Вигодонабувача)</i></p>
<p><input type="checkbox"/> Зміна терміну сплати внесків</p>	<p>З _____ років На _____ років</p>
<p><input type="checkbox"/> Зміна страхового внеску</p>	<p>З _____ На _____</p>
<p><input type="checkbox"/> Зміна частоти сплати страхового внеску</p>	<p>З <input type="checkbox"/> щомісячно <input type="checkbox"/> щоквартально <input type="checkbox"/> щопіврічно <input type="checkbox"/> щорічно</p> <p>На <input type="checkbox"/> щомісячно <input type="checkbox"/> щоквартально <input type="checkbox"/> щопіврічно <input type="checkbox"/> щорічно <input type="checkbox"/> одноразово</p>
<p><input type="checkbox"/> Включити страхові події</p>	<p><input type="checkbox"/> Смерть НВ <input type="checkbox"/> Смерть ДТП <input type="checkbox"/> Критичне захворювання <input type="checkbox"/> Інвалідність I групи</p> <p><input type="checkbox"/> Інвалідність I,II,III групи <input type="checkbox"/> Травматичне ушкодження <input type="checkbox"/> Опція звільнення</p> <p><i>(обов'язкове заповнення медичної декларації)</i></p>
<p><input type="checkbox"/> Виключити страхові події</p>	<p><input type="checkbox"/> Смерть НВ <input type="checkbox"/> Смерть ДТП <input type="checkbox"/> Критичне захворювання <input type="checkbox"/> Інвалідність I групи</p> <p><input type="checkbox"/> Інвалідність I,II,III групи <input type="checkbox"/> Травматичне ушкодження <input type="checkbox"/> Опція звільнення</p> <p><input type="checkbox"/> хірургія</p>
<p><input type="checkbox"/> Редукувати Договір страхування</p>	<p>З «__» _____ 20__ року</p>

Надаю згоду на укладання Страховиком односторонньої додаткової угоди на підставі цієї заяви та погоджуюсь з умовами викладеними в ній.

«__» _____ 20__ року

(ПІБ /підпис Страхувальника)