

Заява на зміну умов Договору страхування життя

№ 1015001721 від р.

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

Всі інші умови Договору страхування залишити без змін.

«___» _____ 20__ року

_____/_____
(ПІБ /підпис Страхувальника)

Задание

Задание