

ЗАЯВА НА ЗМІНУ УМОВ СТРАХУВАННЯ

СТРАХУВАЛЬНИК:

ПІБ _____

Дата народження _____ Ідентифікаційний номер (РНОКПП) _____

Паспорт (серія, номер, ким коли виданий) _____

ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА (заповнюється у випадку зміни Вигодонабувачів або Страхувальника):

ПІБ _____

Дата народження _____ Ідентифікаційний номер (РНОКПП) _____

Ми, що нижче підписалися, просимо внести зміни до умов Договору страхування життя № _____ від " ____ " _____ року:

<input type="checkbox"/>	<p>Збільшити¹ щорічний страховий внесок за основним страхуванням з _____ до _____ (валюта Договору)</p>	<p>Обов'язково додається медична анкета опитувальник про стан здоров'я</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Зменшити² щорічний страховий внесок за основним страхуванням з _____ до _____ (валюта Договору)</p>	
<input type="checkbox"/>	<p>Змінити розстрочку³: з _____ на _____</p>	
<input type="checkbox"/>	<p>Додати⁴ додаткові ризики:</p> <p>1) Додаток _____ до Правил страхування; внесок⁵ _____ страхова сума _____</p> <p>2) Додаток _____ до Правил страхування; внесок⁶ _____ страхова сума _____</p>	<p>Обов'язково додається медична анкета опитувальник про стан здоров'я</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Виключити⁷ додаткове страхування:</p> <p>1) Додаток _____ до Правил страхування</p> <p>2) Додаток _____ до Правил страхування</p>	
<input type="checkbox"/>	<p>Змінити особисті дані <input type="checkbox"/> Страхувальника; <input type="checkbox"/> Застрахованої особи на наступні:</p> <p>ПІБ _____</p> <p>Адреса реєстрації: _____</p> <p>Адреса проживання: _____</p> <p>Адреса для кореспонденції: _____</p> <p>Номер телефону: _____</p> <p>Електронна адреса: _____</p>	<p>Обов'язково додаються копії усіх заповнених сторінок паспорта громадянина України, завірені підписом власника (а також, завірену підписом власника копію витягу із державного демографічного реєстру щодо реєстрації місця проживання при подачі біометричного паспорта); копія довідки про присвоєння РНОКПП (ідентифікаційний номер), завірена підписом власника.</p>

¹ Збільшення внеску можливе на будь-яку **річницю** дії Договору страхування

² Зменшення внеску можливе на будь-яку річницю через 5 років дії Договору страхування.

³ Можлива лише на **річницю** дії Договору страхування

⁴ Включення додаткових ризиків можливе на будь-яку **річницю** дії Договору страхування.

⁵ Зазначається у валюті Договору страхування

⁶ Зазначається у валюті Договору страхування

⁷ Виключення додаткових ризиків можливе на будь-яку річницю через 5 років дії Договору страхування.

<input type="checkbox"/>	Змінити Вигодонабувачів на наступних: 1) ПІБ _____ Дата народження: _____; Частка _____%; Додаток _____ Адреса _____ _____ 2) ПІБ _____ Дата народження: _____; Частка _____%; Додаток _____ Адреса _____ _____ 3) ПІБ _____ Дата народження: _____; Частка _____%; Додаток _____ Адреса _____ _____ 4) ПІБ _____ Дата народження: _____; Частка _____%; Додаток _____ Адреса _____ _____	Мають бути зазначені всі (не тільки нові) вигодонабувачі за кожним ризиком.
<input type="checkbox"/>	Змінити Страхувальника на наступну особу: ПІБ _____ Дата народження _____ Ідентифікаційний номер (РНОКПП) _____ Паспорт (серія, номер, ким коли виданий) _____ _____ Згода нового Страхувальника: Дата _____ Підпис _____	Обов'язково додаються від нового Страхувальника копії усіх заповнених сторінок паспорта громадянина України, завірені підписом власника (а також, завірену підписом власника копію витягу із державного демографічного реєстру щодо реєстрації місця проживання при подачі біометричного паспорта); копія довідки про присвоєння РНОКПП (ідентифікаційний номер), завірена підписом власника; медична анкета опитувальник про стан здоров'я ; заповнена анкета виявлення ознак США для визначення приналежності до сфери регулювання FATCA US INDICIA QUESTIONNAIRE ; заповнений «Опитувальник клієнта - фізичної особи» .
<input type="checkbox"/>	Інші зміни:	

До заяви додаю заповнений та підписаний опитувальник клієнта – фізичної особи.

Страхувальник	_____ (_____ <i>(Підпис)</i> <i>(Прізвище, ім'я та по батькові)</i>
---------------	--

Застрахована особа	_____ (_____ <i>(Підпис)</i> <i>(Прізвище, ім'я та по батькові)</i>
--------------------	--

Дата підписання _____

Уповноважена особа Страховика Заяву зареєстровано: “___” _____ 20__р.	_____ (_____ <i>(Підпис)</i> <i>(Прізвище, ім'я та по батькові)</i> Заповнюється представником Страховика при отриманні цієї Заяви
--	--