



Заявление о внесении изменений в Договор страхования жизни по программам «Управление капиталом» стандарт и VIP

Дата приёма заявления «___» _____ 20__ г.

Ф.И.О. сотрудника _____

Отдел сопровождения

Офис продаж (только штатным сотрудником)

Подпись _____

Страховой полис/Договор №

от «___» _____ 20__ г.

Страхователь:

Фамилия

Имя

Отчество

Документ, удостоверяющий личность:

Паспорт Иной документ:

Серия Номер Дата выдачи «___» _____ 20__ г.

-
Код подразделения

Выдан _____
наименование государственного органа, выдавшего документ

Мобильный телефон 8-

Телефон 8-

Адрес электронной почты (e-mail)

Подтверждаю отсутствие адреса электронной почты

Прошу внести следующие тарифообразующие изменения в Договор страхования:

1. Увеличить размер страховой суммы и/или зафиксировать часть начисленного негарантированного бонуса, увеличив в его пределах размер страховой суммы по Договору страхования:

15% 25% 50% 75% иное: _____% от разницы между инвестиционным счётом и текущим гарантированным уровнем

2. Осуществить мне выплату процента от начисленного негарантированного бонуса:

15% 25% 35% 50% иное: _____% от бонуса
(не более 50%)

3. Редуцировать (уменьшить) страховую сумму по Договору без дальнейшей уплаты взносов

4. Установить дополнительную премию в размере: _____ руб. _____ руб.
сумма цифрами сумма прописью

5. Изменить периодичность уплаты страховых взносов по Договору страхования раз в полгода ежегодно

ВАЖНО: Указанные выше изменения производятся в даты осуществления ребалансировки: 5 и 20 числа месяца при условии получения заявления ответственным представителем ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» минимум за 3 рабочих дня до дат ребалансировки. Изменения по пп. 1. и 2. осуществляются исходя из стоимости рыночной части в день ребалансировки.

Прошу внести следующие изменения в Договор страхования:

изменить стратегию инвестирования с _____ на _____

изменить направление инвестирования с _____ на _____

Страхователь _____ / _____
подпись Ф.И.О.

Дата «___» _____ 20__ г.

Представитель
Страховщика _____ / _____
подпись Ф.И.О.

Дата «___» _____ 20__ г.

Прошу внести следующие изменения в Договор страхования:

Изменить Ф.И.О. Страхователя Застрахованного лица

С: Фамилия _____
Имя _____ Отчество _____

На: Фамилия _____
Имя _____ Отчество _____

Изменить документ, удостоверяющий личность Страхователя Застрахованного лица

Паспорт Иной документ: _____

Серия _____ Номер _____ Дата выдачи «___» _____ 20__ г. _____ - _____
код подразделения

Выдан _____
наименование государственного органа, выдавшего документ

Гражданство _____

Изменить адрес места регистрации Страхователя Застрахованного лица

_____ индекс _____ Страна, республика, край, область, АО, район, город, поселок, деревня, село, улица, дом, корпус, квартира

Изменить почтовый адрес по месту проживания Страхователя Застрахованного лица

_____ индекс _____ Страна, республика, край, область, АО, район, город, поселок, деревня, село, улица, дом, корпус, квартира

Изменить / Добавить Выгодоприобретателя

1. С: Фамилия _____
Имя _____ Отчество _____

На: Фамилия _____
Имя _____ Отчество _____

Дата рождения ____ г. Родственные отношения _____ Доля ____ %

2. С: Фамилия _____
Имя _____ Отчество _____

На: Фамилия _____
Имя _____ Отчество _____

Дата рождения ____ г. Родственные отношения _____ Доля ____ %

ВАЖНО: Указанные выше изменения производятся в даты осуществления ребалансировки: 5 и 20 числа месяца при условии получения заявления ответственным представителем ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» минимум за 3 рабочих дня до дат ребалансировки.

Реквизиты Страхователя для безналичного перевода:

Название отделения Банка _____

ИНН _____

Расчетный счёт _____

Корреспондентский счёт _____

БИК _____

Лицевой счёт получателя _____

Ф.И.О. Страхователя _____

Настоящим подтверждаю, что:

- Не являюсь публичным должностным лицом (ПДЛ)*, а также супругом (супругой) / ближайшим родственником ПДЛ
- Не имею иного гражданства, вида на жительство в ином государстве, кроме Российской Федерации
- Не являюсь налоговым резидентом иного государства, кроме Российской Федерации
- Не являюсь налогоплательщиком США согласно FATCA

Если какое-либо из приведенных выше утверждений неверно – в обязательном порядке заполняются соответствующие разделы формы «Анкета для указания дополнительных сведений по иностранным гражданам и несоответствии дисклеймерам».

В случае подписания заявления представителем клиента необходимо дополнительно заполнить форму «Анкета физического лица – представителя / бенефициарного владельца».

* Под публичными должностными лицами подразумеваются как российские публичные должностные лица (РПДЛ), так и иностранные публичные должностные лица (ИПДЛ) и должностные лица публичной международной организации (МПДЛ).

Я подтверждаю, что указанные мной контактные и паспортные данные актуальны и соответствуют действительности. Прошу актуализировать их во всех договорах, заключенных в компании.

Страхователь _____ / _____ Дата «___» _____ 20__ г.
подпись Ф.И.О.

Застрахованное лицо** _____ / _____ Дата «___» _____ 20__ г.
подпись Ф.И.О.

Представитель _____ / _____ Дата «___» _____ 20__ г.
Страховщика подпись Ф.И.О.

** При замене Выгодоприобретателя подпись обязательна