



Заявление о внесении изменений в Договор страхования жизни

Дата приёма заявления «___» _____ 20__ г. Ф.И.О. сотрудника _____

Отдел сопровождения Офис продаж (только штатным сотрудником) Подпись _____

Страховой полис/Договор № _____

Страхователь: от «___» _____ 20__ г.

Фамилия _____

Имя _____ **Отчество** _____

Документ, удостоверяющий личность:

Паспорт Иной документ: _____

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

Выдан _____
наименование государственного органа, выдавшего документ

Прошу внести следующие изменения в Договор страхования:

Изменить Ф.И.О. Страхователя Застрахованного лица Выгодоприобретателя

С: Фамилия _____
Имя _____ Отчество _____

На: Фамилия _____
Имя _____ Отчество _____

Изменить документ, удостоверяющий личность Страхователя Застрахованного лица Выгодоприобретателя

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 Выгодоприобретателя

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

Изменить почтовый адрес по месту проживания Страхователя Застрахованного лица Выгодоприобретателя

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

Изменить контактные данные Страхователя Тел. мобильный 8 - _____

E-mail _____ @ _____ Телефон 8 - _____

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 ____ %

В случае, если у Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя изменилась фамилия, имя, отчество или документ, удостоверяющий личность, то к Заявлению необходимо приложить копии новых документов.

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

Прошу внести следующие тарифообразующие изменения (кроме коробочных продуктов):

Изменить частоту уплаты взносов с _____ на _____
(частота уплаты взносов может быть изменена только в случае рассроченной уплаты взносов)

с индексацией страховых сумм без индексации страховых сумм

Уменьшить размер страховой суммы по основному риску «Дожитие» с пропорциональным изменением страховых сумм по всем рискам и страхового взноса по Договору (частично расторгнуть Договор)
с суммы _____ руб. на сумму _____ руб.

Уменьшить размер страхового взноса по Договору с пропорциональным уменьшением размера страховой суммы по всем рискам (частично расторгнуть Договор)
с суммы _____ руб. на сумму _____ руб.

В случае, если по Договору на дату внесения изменений причитается часть выкупной суммы, соответствующая доле, в которой были уменьшены страховые суммы и страховые взносы, распределить её в качестве очередных страховых взносов по Договору.

Увеличить размер страховой суммы по рискам (с учетом ограничений, предусмотренных Программой):

_____ с суммы _____ руб. на сумму _____ руб.
Краткое наименование риска

_____ с суммы _____ руб. на сумму _____ руб.
Краткое наименование риска

_____ с суммы _____ руб. на сумму _____ руб.
Краткое наименование риска

_____ с суммы _____ руб. на сумму _____ руб.
Краткое наименование риска

В случае увеличения размера страховой суммы заполняется анкета о состоянии здоровья Застрахованного лица/Страхователя (Приложение 1 к настоящему Заявлению).

Включить в Договор страховой риск из Дополнительных условий (с учетом ограничений, предусмотренных Программой):

_____ Страховая сумма _____ руб.
Краткое наименование риска

_____ Страховая сумма _____ руб.
Краткое наименование риска

_____ Страховая сумма _____ руб.
Краткое наименование риска

_____ Страховая сумма _____ руб.
Краткое наименование риска

В случае включения в Договор страхового риска заполняется анкета о состоянии здоровья Застрахованного лица/Страхователя (Приложение 1 к настоящему Заявлению).

Исключить из Дополнительных условий риск(-и): _____

Изменение степени риска (указать дополнительные риски)
 Страхователя Застрахованного лица в связи с _____
(указать причину: смена хобби, изменения по профессиональному занятию спортом (указать вид) и т.п.)

В случае, если у Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя изменилась фамилия, имя, отчество или документ, удостоверяющий личность, то к Заявлению необходимо приложить копии новых документов.

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