КАПИТАЛ LIFE
СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ

Заявление о редуцировании Договора страхования жизни

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

Прошу внести следующие изменения в Договор страхования:

☐ **Редуцировать страховые суммы по Основным условиям Договора страхования:**

С даты вступления в силу данного Дополнительного соглашения:

- Договор преобразуется в полностью оплаченный и уплата взносов по Договору прекращается;
- действие всех страховых рисков по Договору, кроме Основных условий, прекращается.

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.

Представитель Страховщика _____ /_____ Дата «____»_____20___г.
подпись Ф.И.О.