



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

Дата приёма заявления « ____ » _____ 20__ г.

ФИО сотрудника _____

Отдел сопровождения

Офис продаж (только штатным сотрудником)

Подпись _____

Страховой полис/Договор №

от « ____ » _____ 20__ г.

Страхователь:

Фамилия

Имя

Отчество

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.

Страхователь _____ / _____
подпись ФИО

Дата « ____ » _____ 20__ г.

Агент _____ / _____
подпись ФИО

Дата « ____ » _____ 20__ г.

Прошу внести следующие изменения в Договор страхования:

изменить стратегию инвестирования с _____ на _____

изменить направление инвестирования с _____ на _____

Прошу внести следующие изменения в Договор страхования:

Изменить ФИО 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.

Выдан _____
наименование государственного органа РФ, выдавшего документ

Изменить почтовый адрес по месту проживания Страхователя Застрахованного лица

_____ индекс _____ почтовый адрес _____

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 _____

ФИО Страхователя _____

Страхователь _____ / _____ Дата «____» _____ 20__ г.
подпись _____ ФИО _____

Застрахованное лицо* _____ / _____ Дата «____» _____ 20__ г.
подпись _____ ФИО _____

Агент _____ / _____ Дата «____» _____ 20__ г.
подпись _____ ФИО _____

*При замене Выгодоприобретателя подпись обязательна