КАПИТАЛ LIFE
СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ

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 № ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

от «_____»____________________20____г.

Страхователь:

Фамилия ☐☐

Имя ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐   **Отчество** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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 РФ, выдавшего документ

☐ **Изменить почтовый адрес по месту проживания**   ☐ Страхователя   ☐ Застрахованного лица   ☐ Выгодоприобретателя

☐☐☐☐☐☐ ____
индекс   почтовый адрес

☐ **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 Страховщика ____________/______________________________   Дата «_____»____________________20____г.
подпись   Ф.И.О.

*При замене Выгодоприобретателя подпись обязательна

Прошу внести следующие тарифообразующие изменения*:

☐ 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.

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): _____

_____
(указать дополнительные риски)

☐ Изменение степени риска

☐ 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.

** кроме коробочных продуктов*

Страхователь _____/_____ Дата «_____»_____20____г.
подпись Ф.И.О.

Застрахованное лицо _____/_____ Дата «_____»_____20____г.
подпись Ф.И.О.

Представитель Страховщика _____/_____ Дата «_____»_____20____г.
подпись Ф.И.О.