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** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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;
- начисление дополнительного инвестиционного дохода прекращается.

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

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