



Заявление о внесении изменений в Договор страхования жизни, заключенный на условиях программы страхования «Управление капиталом 360°»

Дата 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 _____ Код подразделения

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

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 _____ Код подразделения

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

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:

E-mail _____ @ _____ Тел. мобильный: 8- _____ Иной 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; Выгодоприобретателя изменилась фамилия, имя, отчество или документ, удостоверяющий личность, то к Заявлению необходимо приложить копии новых документов.

Страхователь/
Застрахованное лицо _____ / _____
подпись Ф.И.О.

Дата «___» _____ 20__ г.

Представитель
Страховщика _____ / _____
подпись Ф.И.О.

Дата «___» _____ 20__ г.

Прошу включить Пакет Дополнительных условий "Пакет НС" или "Пакет ЛП" (отметить):
(в течение Накопительного периода, но не позднее, чем за один год до его окончания, по программе страхования «Управление капиталом 360° 55+» только «Пакет НС»).

Включение одновременно двух Пакетов Дополнительных условий «Пакет НС» и «Пакета ЛП» не допускается. Размер страховых сумм по страховым рискам включенным в «Пакет НС» или в «Пакет ЛП» устанавливается с учетом ограничений, предусмотренных Программой страхования.

При включении Пакетов Дополнительных условий заполняется анкета о состоянии здоровья Застрахованного лица/Страхователя (Приложение 1 к настоящему Заявлению)

«Пакет НС» (Краткое наименование риска и страховая сумма)

«Смерть Застрахованного в результате несчастного случая»/«Смерть Застрахованного в результате ДТП» по программе страхования «Управление капиталом 360° 55+» _____ руб.

«Установление Застрахованному группы инвалидности в результате несчастного случая» _____ руб.

«Телесные повреждения Застрахованного» _____ руб.

«Пакет ЛП» (Краткое наименование риска и страховая сумма)

«Смерть Застрахованного ЛП» _____ руб.

«Установление Страхователю I группы инвалидности в результате несчастного случая» (освобождение от уплаты страховых взносов)

«Установление Страхователю инвалидности I группы» (освобождение от уплаты страховых взносов)

«Первичное диагностирование у Застрахованного СОЗ» _____ руб.

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/
Застрахованное
лицо _____ / _____ Дата « ____ » _____ 20__ г.
подпись Ф.И.О.

Представитель
Страховщика _____ / _____ Дата « ____ » _____ 20__ г.
подпись Ф.И.О.