

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В ЗАЯВЛЕНИЕ/ПОЛИС

Карта клиента _____ Серия полиса _____ Номер полиса _____

Ф.И.О. Страхователя/Заявителя: _____

Данным заявлением прошу внести следующие изменения в заявление/полис, которые вступят в силу с даты **получения настоящего заявления Страховщиком или с даты, указанной в Дополнительном соглашении:**

1. Изменение Фамилии, Имени, Отчества Застрахованного лица/ Страхователя:

Новые Ф.И.О. _____

Причина: _____

2. Изменение Выгодоприобретателя (на случай смерти): Заменить Добавить Исключить

Ф.И.О. _____ Доля _____

Дата рождения _____ Степень родства с Застрахованным лицом _____

Документ, удостоверяющий личность _____ (наименование документа) серии _____ номер _____

Кем выдан _____ когда _____

Адрес регистрации: _____

3. Издание дубликата полиса в случае его утраты:

Причина утраты: _____

4. Добавление недостающих данных/изменение данных по Застрахованному лицу/Страхователю:

Ф.И.О. _____ (нужное подчеркнуть) (нужное подчеркнуть)

Дата рождения _____ Степень родства со Страхователем/Застрахованным _____ (нужное подчеркнуть)

Документ, удостоверяющий личность _____ (наименование документа) серии _____ номер _____

Кем выдан _____ когда _____

Адрес регистрации: _____

Электронная почта: _____ Контактный телефон: _____

5.1 Включение / исключение дополнительных программ (только для СП "КАПИТАЛ"):

Освобождение от оплаты взносов Включить Исключить

Страхование от несчастных случаев Включить Исключить

5.2 Включение / исключение дополнительных программ (только для СП "НБД"):

Госпитализация Застрахованного лица в результате несчастного случая Включить Исключить

Госпитализация Страхователя в результате несчастного случая Включить Исключить

Смерть Страхователя в результате несчастного случая Включить Исключить

Освобождение от оплаты взносов Включить Исключить

6. Изменение периодичности уплаты страховых взносов:

Ежемесячно Ежеквартально Раз в полгода Ежегодно Единовременно

7. Изменение адреса: Места жительства Отправки корреспонденции

8. Изменение профессиональной деятельности:

9. Другие изменения:

Другие положения заявления/полиса остаются без изменений. Подтверждаю, что на дату подписания данного заявления изменений в состоянии здоровья Застрахованного лица не произошло.

Подпись Застрахованного лица/Представителя: _____ Подпись Страхователя/Заявителя: _____

Подпись Страхового консультанта: _____ Дата: _____

Данная часть заполняется Страховщиком

По итогам рассмотрения настоящего Заявления Застрахованного лица/Страхователя

Страховщик уведомляет о принятии к сведению указанной информации (пп. 1, 4, 7, 8 Заявления) с даты получения настоящего Заявления.

сформировано Дополнительное соглашение № _____ от _____ г. издан дубликат полиса в соотв. с п. 3 Заявления.

Страховщиком отказано во внесении изменений по причине _____

Дата: _____ Подпись: _____ / _____
М.П.