

ЗАЯВЛЕНИЕ
на внесение изменений в Договор страхования

Договор страхования № от г.

Сведения о Страхователе:

Фамилия	<input type="text"/>	Имя	<input type="text"/>
Отчество	<input type="text"/>	Дата рождения	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Место рождения	<input type="text"/>		
Гражданство	<input type="text"/>	Документ, удостоверяющий личность	Паспорт серия <input type="text"/> № <input type="text"/>
Дата выдачи	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Дата окончания срока действия (если имеется)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Выдан	<input type="text"/>		
ИНН (при наличии)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	СНИЛС (при наличии)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Адрес места жительства (регистрации)	<input type="text"/>		
Адрес проживания (если отличается от регистрации)	<input type="text"/>		
Номер моб. телефона	+7 <input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
Место работы	<input type="text"/>	Профессия, должность	<input type="text"/>

Сведения о Застрахованном (заполняется в случае, если Застрахованный и Страхователь разные лица):

Фамилия	<input type="text"/>	Имя	<input type="text"/>
Отчество	<input type="text"/>	Дата рождения	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Место рождения	<input type="text"/>		
Гражданство	<input type="text"/>	Документ, удостоверяющий личность	Паспорт серия <input type="text"/> № <input type="text"/>
Дата выдачи	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Дата окончания срока действия (если имеется)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Выдан	<input type="text"/>		
ИНН (при наличии)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	СНИЛС (при наличии)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Адрес места жительства (регистрации)	<input type="text"/>		
Адрес проживания (если отличается от регистрации)	<input type="text"/>		
Номер моб. телефона	+7 <input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
Место работы	<input type="text"/>	Профессия, должность	<input type="text"/>

Важно! В случае изменения данных в паспорте приложите к Заявлению копию паспорта.

Прошу внести изменения в Договор страхования (применимо только для Страхователя):

<input type="checkbox"/> Изменить Страхователя на Застрахованного	<input type="checkbox"/> Изменить Страхователя на иное лицо (не Застрахованного)
Важно! В случае замены Страхователя на иное лицо (не Застрахованного) необходимо заполнение анкеты Застрахованного/Страхователя.	
В случае изменения ФИО Страхователя необходимо указать предыдущие данные:	
Фамилия	<input type="text"/>

Имя		Отчество	
-----	--	----------	--

Изменить Выгодоприобретателя

Изменить	Добавить	Исключить	ФИО	Дата рождения	Родственные отношения	Доля, %
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Настоящим подтверждаю свое согласие на изменение Выгодоприобретателя(ей)

(Подпись Застрахованного)

Запрос дубликата Договора (полиса) Причина

Прошу внести изменения в Договор страхования:

Изменить периодичность оплаты взносов Раз в год Раз в полгода Раз в квартал Раз в месяц

Изменения по основной программе страхования (заполните одно поле из двух):
 1. Страховая сумма 2. Страховой взнос

Важно! При увеличении страховой суммы или подключении дополнительных программ необходимо заполнение анкеты Застрахованного/Страхователя.

Изменения в дополнительных программах страхования

Изменить	Добавить	Исключить	Название	Страховая сумма
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Смерть в результате несчастного случая (далее - НС)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Инвалидность в результате НС,	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Телесные повреждения в результате НС	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Временная нетрудоспособность в результате НС	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Госпитализация в результате НС	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Первичное диагностирование смертельно опасного заболевания	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Страхование жизни на срок	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Инвалидность по любой причине (далее - ЛП)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Хирургические вмешательства НС	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Хирургические вмешательства НС и Болезни (далее - Б)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Госпитализация НС и Б	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Помощь при женских онкологических заболеваниях	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Расширенная госпитализация	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Защита взносов	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Освобождение от уплаты взносов	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ИНВЕСТ	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ИНВЕСТ-Резерв	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Медицина без границ плюс	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Другое:	

Изменить срок страхования Новый срок страхования Лет

Важно! В случае увеличения срока страхования необходимо заполнить анкету Застрахованного/Страхователя. Изменение срока страхования возможно только с сохранением размера страхового взноса, указанного в договоре страхования.

Перевод Договора (полиса) в оплаченный

Восстановление Договора (полиса) из оплаченного

Важно! Возможно не ранее чем через 5 полных лет срока действия Договора страхования, только для программ, предусматривающих дожитие застрахованного до конца срока страхования и по которым страховая премия оплачивается в рассрочку. Все остальные программы прекращают свое действие.

с пересчетом страховой суммы*

с пересчетом страхового взноса**

* Страховой взнос по основной программе будет соответствовать страховому взносу, установленному в договоре до перевода Договора (полиса) в оплаченный

**Страховая сумма по основной программе будет соответствовать страховой сумме, установленной в договоре до перевода Договора (полиса) в оплаченный

Выход из «Финансовых каникул»

Важно! При выходе из «Финансовых каникул» необходимо заполнить и приложить к настоящему Заявлению анкету Застрахованного/Страхователя.

Важно! В случае не своевременного поступления Страховщику подписанного со стороны Страхователя Дополнительного соглашения, изменения не вступают в силу, и договор страхования продолжает свое действие на прежних условиях.

Подписывая настоящее Заявление я подтверждаю: - что Страхователь/Застрахованный не являются российскими/иностранцами публичными должностными лицами и должностными лицами публичной международной организации, а также родственниками российского/иностранного публичного должностного лица и должностного лица публичной международной организации. В ином случае Страхователь/Застрахованный обязуются заполнить «Заявление о принятии на обслуживание РПДЛ/ИПДЛ/ПДЛМО», «Уведомление о родстве с РПДЛ/ИПДЛ/ПДЛМО», «Анкету ИПДЛ/ПДЛМО» или «Анкету родственника РПДЛ»

Настоящим подтверждаю, что Страхователь/Застрахованный не являются лицами, на которых распространяется законодательство иностранного государства о налогообложении иностранных счетов (Федеральный закон от 28.06.2014 г. №173 «Об особенностях осуществления финансовых операций с иностранными гражданами и юридическими лицами, о внесении изменений в кодекс РФ об административных правонарушениях и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов РФ»).

Российское публичное должностное лицо (РПДЛ) – лицо, замещающее (занимающее) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначения на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

Иностранное публичное должностное лицо (ИПДЛ) понимается любое назначаемое или избираемое лицо, занимающее какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства и любое лицо, выполняющее какую либо публичную функцию для иностранного государства, в т.ч. для публичного ведомства/государственного предприятия.

Должностное лицо публичной международной организации (ПДЛМО) понимается лицо, которому доверены или были доверены важные функции международной организацией (за исключением руководителей среднего звена или лиц, занимающих более низкие позиции).

(подпись)

(ФИО Страхователя/Застрахованного)

(Дата заявления)

Служебные отметки:

Вх. № _____ - _____ / _____ от _____, 20____ г.

ФИО Сотрудника: _____

Должность: _____

Подпись: _____