

Заявление о внесении изменений в условия Договора страхования № от . г. (далее – Договор)

Обязательным приложением к данному заявлению на внесение изменений являются анкеты (Дополнительная анкета персональных данных физических лиц./ Дополнительная анкета идентификации данных юридических лиц и индивидуальных предпринимателей) на каждого субъекта данных по Договору:

- отдельная анкета на Страхователя,
- отдельная анкета на Застрахованного (если он не совпадает со Страхователем по Договору),
- отдельная анкета на Застрахованного (ребенка) (если законный представитель Застрахованного (ребенка) не является ни Страхователем, ни Застрахованным по Договору).

| | |
|---|----------------------|
| Страхователь, | <input type="text"/> |
| Ф.И.О. / наименование, реквизиты | <input type="text"/> |

прошу внести следующие изменения в условия Договора:

НЕФИНАНСОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ:

Изменить Страхователя. Прошу передать права и обязанности Страхователя по вышеуказанному Договору:

| | |
|---|----------------------|
| Ф.И.О. / наименование, реквизиты | <input type="text"/> |
|---|----------------------|

- В случае Страхователя - физического лица в отношении него заполняется Дополнительная анкета персональных данных физических лиц.
- В случае нового Страхователя - юридического лица или индивидуального предпринимателя в отношении него заполняется Дополнительная анкета идентификации данных юридических лиц и индивидуальных предпринимателей.

Изменить данные:

Страхователя - для Страхователя - физического лица заполняется Дополнительная анкета персональных данных физических лиц., для Страхователя - юридического лица или индивидуального предпринимателя заполняется Дополнительная анкета идентификации данных юридических лиц и индивидуальных предпринимателей

- Застрахованного - заполняется Дополнительная анкета персональных данных физических лиц;
 - Застрахованного (ребенка) / Законного представителя Застрахованного (ребенка) - заполняется Дополнительная анкета персональных данных физических лиц
- Анкеты заполняются полностью, в отдельных полях указывается, какие данные были изменены.**

Изменить список Выгодоприобретателей

| Название страхового риска | ФИО | Дата рождения | Процент выплаты | Родственная связь |
|---------------------------|-----|---------------|-----------------|-------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | | |
|--|---|-------|
| С назначением Выгодоприобретателя (-ей) согласен: | Подпись Застрахованного _____ | _____ |
| | Подпись законного представителя Застрахованного (ребенка) | _____ |

Изготовить дубликат Договора. Прошу выдать мне дубликат вышеуказанного Договора по причине:

ФИНАНСОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ:

Изменить срок страхования. Прошу изменить срок страхования на лет.

Индексация (для программ где это предусмотрено условиями).

- Начиная с г. прошу
- изменить процент индексации на 3% 5% 10%
 - подключить Индексацию на 3% 5% 10%
 - зафиксировать взнос (отказ от Индексации)

Изменить порядок оплаты страховых взносов:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ежегодно | <input type="checkbox"/> Ежеквартально | <input type="checkbox"/> Оплата за <input type="text"/> <input type="text"/> лет вперед |
| <input type="checkbox"/> Раз в полугодие | <input type="checkbox"/> Ежемесячно | |

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Начиная с <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> г. изменить данные страхового покрытия. Прошу | | |
| Страховые риски | Страховая сумма | Страховой взнос (с учетом периодичности оплаты) |
| Основные страховые риски для Застрахованного (взрослого): | | |
| <input type="checkbox"/> исключить | Постоянная полная потеря Застрахованным общей трудоспособности в результате несчастного случая или иных причин (с освобождением от уплаты страховых взносов) / Инвалидность Застрахованного с установлением I, II группы инвалидности в результате несчастного случая или заболевания (с освобождением от уплаты страховых взносов по отдельным страховым рискам) | |
| Дополнительные страховые риски для Застрахованного (взрослого): | | |
| <input type="checkbox"/> исключить <input type="checkbox"/> включить <input type="checkbox"/> изменить | Смерть Застрахованного по любой причине | |
| <input type="checkbox"/> исключить <input type="checkbox"/> включить <input type="checkbox"/> изменить | Смерть Застрахованного в результате несчастного случая | |
| <input type="checkbox"/> исключить <input type="checkbox"/> включить <input type="checkbox"/> изменить | Постоянная полная потеря Застрахованным общей трудоспособности с установлением I, II, III группы инвалидности в результате несчастного случая / Инвалидность Застрахованного с установлением I, II, III группы инвалидности в результате несчастного случая | |
| <input type="checkbox"/> исключить <input type="checkbox"/> включить <input type="checkbox"/> изменить | Частичная потеря Застрахованным трудоспособности в результате несчастного случая / Травма Застрахованного в результате несчастного случая | |
| <input type="checkbox"/> исключить <input type="checkbox"/> включить <input type="checkbox"/> изменить | Потеря трудоспособности вследствие диагностирования критического заболевания/Первичное диагностирование критического заболевания Застрахованного | |
| <input type="checkbox"/> исключить <input type="checkbox"/> включить <input type="checkbox"/> изменить | <u>План страхования от несчастного случая:</u> Смерть Застрахованного в результате несчастного случая; Тяжкие телесные повреждения Застрахованного в результате несчастного случая; Госпитализация Застрахованного в результате несчастного случая | |
| <ul style="list-style-type: none"> В случае увеличения страховой суммы/страхового взноса, включения страховых рисков для Застрахованного (взрослого) заполняется Анкета Застрахованного. | | |
| Дополнительные страховые риски для Застрахованного (ребенка): | | |
| <input type="checkbox"/> исключить <input type="checkbox"/> включить <input type="checkbox"/> изменить | Стойкое расстройство функций организма Застрахованного в результате несчастного случая с установлением категории «ребенок-инвалид»/Инвалидность Застрахованного ребенка в результате несчастного случая | |
| <input type="checkbox"/> исключить <input type="checkbox"/> включить <input type="checkbox"/> изменить | Частичное расстройство функций организма Застрахованного в результате несчастного случая/ Травма Застрахованного ребенка в результате несчастного случая | |
| <input type="checkbox"/> исключить <input type="checkbox"/> включить <input type="checkbox"/> изменить | <u>Детский план страхования:</u> Тяжкие телесные повреждения Застрахованного в результате несчастного случая; Госпитализация Застрахованного в результате несчастного случая; Первичное диагностирование критического заболевания у Застрахованного ребенка | |
| <ul style="list-style-type: none"> В случае увеличения страховой суммы/страхового взноса по рискам для Застрахованного (ребенка) заполняется Анкета Застрахованного ребенка. В случае включения страховых рисков для Застрахованного (ребенка) заполняется Анкета Застрахованного ребенка, Дополнительная анкета персональных данных физических лиц для Застрахованного (ребенка) | | |
| <input type="checkbox"/> Прекращение оплаты взносов с преобразованием полиса (договора страхования) в оплаченный: | | |
| Прошу преобразовать полис в оплаченный с <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> г. | | |
| <input type="checkbox"/> Финансовые каникулы: | | |
| Прошу предоставить освобождение от уплаты страховых взносов на период с <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> г. по <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> г. | | |

| | | | |
|--------------------------------------|--|---|--|
| Дата заполнения | <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> г. | Дата поступления к администратору | <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> г. |
| Страхователь | _____ ФИО _____ подпись _____ | Застрахованный | _____ ФИО _____ подпись _____ |
| Телефон Электронный адрес | _____ _____ | Законный представитель Застрахованного (ребенка) | _____ ФИО _____ подпись _____ |
| Агент | _____ ФИО _____ | Наименование СПП | _____ |