

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 каждый субъект 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,	
Ф.И.О. / наименование, реквизиты	<input style="width: 98%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 98%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 98%; height: 20px;" 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 style="width: 98%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 98%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 98%; height: 20px;" 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 style="width: 20px;" type="text"/> лет вперед
<input type="checkbox"/> Раз в полугодие	<input type="checkbox"/> Ежемесячно	

Начиная с .. г. прошу изменить данные страхового покрытия.

Страховые риски	Страховая сумма	Страховой взнос (с учетом периодичности оплаты)
-----------------	-----------------	--

Основные страховые риски для Застрахованного (взрослого):

исключить
 включить
 изменить
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):

исключить
 включить
 изменить
Смерть Застрахованного по любой причине

исключить
 включить
 изменить
Смерть Застрахованного в результате несчастного случая

исключить
 включить
 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

исключить
 включить
 изменить
Частичная потеря Застрахованным трудоспособности в результате несчастного случая / Травма Застрахованного в результате несчастного случая

исключить
 включить
 изменить
Потеря трудоспособности вследствие диагностирования критического заболевания/Первичное диагностирование критического заболевания Застрахованного

исключить
 включить
 изменить
План страхования от несчастного случая:
Смерть Застрахованного в результате несчастного случая;
Тяжкие телесные повреждения Застрахованного в результате несчастного случая; Госпитализация Застрахованного в результате несчастного случая

- В случае увеличения страховой суммы/страхового взноса, включения страховых рисков для Застрахованного (взрослого) заполняется Анкета Застрахованного.

Дополнительные страховые риски для Застрахованного (ребенка):

исключить
 включить
 изменить
Стойкое расстройство функций организма Застрахованного в результате несчастного случая с установлением категории «ребенок-инвалид»/Инвалидность Застрахованного ребенка в результате несчастного случая

исключить
 включить
 изменить
Частичное расстройство функций организма Застрахованного в результате несчастного случая/ Травма Застрахованного ребенка в результате несчастного случая

исключить
 включить
 изменить
Детский план страхования:
Тяжкие телесные повреждения Застрахованного в результате несчастного случая;
Госпитализация Застрахованного в результате несчастного случая;
Первичное диагностирование критического заболевания у Застрахованного ребенка

- 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).

Прекращение оплаты взносов с преобразованием полиса (договора страхования) в оплаченный:

Прошу преобразовать полис в оплаченный с .. г.

Финансовые каникулы:

Прошу предоставить освобождение от уплаты страховых взносов на период с .. г. по .. г.

Дата заполнения	<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"/> г.
Страхователь	<hr/> ФИО <hr/> подпись	Застрахованный	<hr/> ФИО <hr/> подпись
Телефон Электронный адрес	<hr/> <hr/>	Законный представитель Застрахованного (ребенка)	<hr/> ФИО <hr/> подпись
Агент	<hr/> ФИО	Наименование СПП	<hr/>