

Заявление на изменение условий страхования

Я, _____, являясь Страхователем по договору страхования (полису) серия □□□ № □□□□□□□□□□, от « _____ » _____ 20 ____ г. прошу произвести следующие изменения с □□ □□ □□□□ (дата, месяц, год)

ВАЖНО! Заявление предоставляется в страховую компанию не позднее, чем за **30 календарных дней до даты годовщины полиса**. Финансовые изменения программы оформляются только с даты годовщины полиса, не чаще, чем **1 раз в год**. При включении дополнительных программ/индексации Застрахованному необходимо заполнить медицинскую анкету застрахованного и, при необходимости, дополнительный вопросник (смотреть ниже).

Изменение Ф.И.О. Застрахованного, Страхователя, а также финансовые изменения оформляются путем выдачи нового страхового полиса. Финансовые изменения могут быть произведены не раньше, чем на втором году страхования. Изменение принимается с одобрением страховщика на основе заявления заполненного страхователем. При изменении страхователя, выгодоприобретателя (-ей) – к заявлению необходимо приложить копию документа, удостоверяющего личность.

- Изменение страхователя/адреса местожительства страхователя *(нужное подчеркнуть)*
Сведения о новом страхователе/новом адресе местожительства страхователя:
Ф.И.О. РНН.....
Адрес Тел. дом. раб.....
почтовый индекс, название области, города, села, улицы, микрорайона, номер дома, квартиры
- Увеличение /уменьшение страхового взноса с тенге дотенге
нужное подчеркнуть
- Периодичность оплаты *(нужное отметить ✓)* ежегодно раз в полгода ежеквартально
- Включение / исключение дополнительного страхования по риску смерти в результате несчастного случая
нужное подчеркнуть
- Включение / исключение дополнительного страхования по инвалидности 1 или 2 группы в результате несчастного случая
нужное подчеркнуть
- Включение / исключение дополнительного страхования по телесным повреждениям в результате несчастного случая
нужное подчеркнуть
- Включение/исключение дополнительного страхования по временной утрате трудоспособности в результате несчастного случая
нужное подчеркнуть
- Включение / исключение дополнительного страхования по госпитализации в результате несчастного случая
нужное подчеркнуть
- Включение / исключение дополнительного страхования по освобождению от уплаты взносов по инвалидности 1 или 2 группы
нужное подчеркнуть

При включении даю согласие на присоединение к правилам добровольного накопительного страхования жизни с участием страхователя в прибыли страховщика.

- Перевод полиса в Оплаченный - освобождение от уплаты дальнейших взносов и исключение дополнительного страхования по смерти в результате несчастного случая, дополнительного страхования по инвалидности в результате несчастного случая, дополнительного страхования по травмам в результате несчастного случая (при наличии уменьшенной страховой суммы на дату изменения).
- Изменение лиц, назначаемых для получения страховой суммы (выгодоприобретателей):
Сведения о новом (-ых) выгодоприобретателе (-ях):

1. Ф.И.О.	2. Ф.И.О.
Постоянный адрес.....	Постоянный адрес.....
<small>(почтовый индекс, название области, города, села, улицы, микрорайона, номер дома, квартиры)</small>	
Доля, %	Доля, %
Данные документа, удостоверяющие личность <small>свидетельство о рождении, удостоверение личности / паспорт</small>	Данные документа, удостоверяющие личность <small>свидетельство о рождении, удостоверение личности / паспорт</small>

При замене Выгодоприобретателя (-ей), аналогичные данные, указанные в заявлении на страховании аннулируются. Если назначаются дополнительные лица для получения страховой выплаты, укажите их на отдельном листе.

- Отказ от индексации
- Другое (нужное указать):.....

Дата « _____ » _____ 20 ____ г.

Подпись страхователя _____

В случае изменения страхователя:
 Подпись нового страхователя _____
 Подпись застрахованного _____