

# ЗАЯВЛЕНИЕ НА ИЗМЕНЕНИЕ ФИНАНСОВЫХ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

Договор страхования  от

## ЗАЯВИТЕЛЬ

Страхователь  Представитель  Застрахованное лицо

## ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ

Фамилия  дата рождения     
Имя Отчество

## ДАННЫЕ ДОКУМЕНТА, УДОСТОВЕРЯЮЩЕГО ЛИЧНОСТЬ

Наименование документа  серия  номер  дата выдачи

кем выдан

код подразделения

ИНН  СНИЛС

Контактный телефон  Email

## АДРЕС ПО МЕСТУ ПОСТОЯННОЙ РЕГИСТРАЦИИ

Индекс  адрес

## АДРЕС ФАКТИЧЕСКОГО ПРОЖИВАНИЯ / ПОЧТОВЫЙ АДРЕС

Совпадает с адресом постоянной регистрации Необходимо выбрать один из вариантов

Индекс  адрес

**ВАЖНО!** В случае, если заявление заполняется представителем, укажите документ, подтверждающий полномочия

Наименование документа  серия  номер  дата выдачи

## ПРОШУ ИЗМЕНИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ДАННЫЕ:

Периодичность взноса  ежегодно  раз в полугодие Необходимо выбрать один из вариантов финансовых изменений

## Список рисков

Дополнительные риски	Изменить	Включить	Исключить	Страховая сумма
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

Дополнительные риски

Изменить

Включить

Исключить

Страховая сумма

Дополнительные риски	Изменить	Включить	Исключить	Страховая сумма
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

**ВАЖНО!** Внесение изменений в части периодичности взносов и(или) списка рисков возможно со 2-й полисной годовщины\*

\* Полисная годовщина - число и месяц даты начала действия договора страхования, за исключением случаев, когда дата начала действия договора страхования приходится на 29 февраля. В этом случае в не високосные годы годовщиной действия договора страхования считается 28 февраля, в високосные годы – 29 февраля.

**Финансовые каникулы** Прошу предоставить освобождение с    по     
от уплаты страховых взносов

**Срок страхования** с  лет по  лет

**Сумму взноса** увеличить  уменьшить

**ВАЖНО!** Внесение изменений в части финансовых каникул / срока страхования / суммы взноса возможно с 3-й полисной годовщины

**Прекращение оплаты взносов с преобразованием договора страхования в оплаченный**

Прошу преобразовать договор страхования в полностью оплаченный с

**ВНИМАНИЕ!** Если по договору страхования в период последней годовщины до даты внесения изменений происходили события с застрахованным, необходимо заполнить Медицинскую анкету Застрахованного.

**ВАЖНО!** Преобразование договора страхования в полностью оплаченный возможно с 4-й полисной годовщины.

**ВАЖНО!** Для идентификации заявителя обязательно приложите копию паспорта

Настоящим Я, действуя своей волей и в своем интересе, предоставляю Обществу с ограниченной ответственностью Страховая компания «БКС Страхование жизни» (далее – Компания, Оператор) (ОГРН: 5177746400607, место нахождения: 129110, г. Москва, проспект Мира, д. 69, стр. 1, этаж 9, помещ. XV, ком. 1) право (согласие) на обработку моих персональных данных указанных в Заявлении-Анкету Клиента и приложениях к нему любыми способами, установленными законодательством РФ в целях исполнения настоящего Заявления-Анкеты, а также заключенного со мной договора страхования. Настоящее право (согласие) действует до достижения всех указанных целей обработки персональных данных за исключением случаев, когда более длительный срок их обработки предусмотрен действующим законодательством РФ.

Подпись \_\_\_\_\_ )

фио страхователя/представителя/застрахованного лица

дата

**ПОЛЯ ЗАПОЛНЯЮТСЯ СОТРУДНИКОМ/АГЕНТОМ ООО СК «БКС СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ»**

Подпись \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

фио сотрудника/агента

дата

ООО СК «БКС Страхование жизни». Лицензия ЦБ РФ СЖ № 4365, СЛ № 4365 от 01.11.2018.

Адрес места нахождения: 129110, РФ, г. Москва, Проспект Мира, 69, стр.1, этаж 9, помещ. XV, ком. 1. Тел.: + 7 (495) 745-50-21; +7 800-500-50-21

**STR0036**