

## ЗАЯВЛЕНИЕ О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

Страховой полис/договор \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_.

### ЗАЯВИТЕЛЬ

Страхователь  Представитель\*

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_

\* Реквизиты документа, подтверждающего полномочия Представителя (наименование документа, серия, номер, дата выдачи, срок действия)

### ПРОШУ ИЗМЕНИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ДАННЫЕ:

**Срок страхования** (изменение возможно с 3-й полисной годовщины):

прошу изменить срок страхования с \_\_\_\_\_ лет на \_\_\_\_\_ лет

**Периодичность взноса** (изменение возможно со 2-й полисной годовщины):  ежегодно  раз в полугодие

**Сумму взноса** (изменение возможно с 3-й полисной годовщины):

увеличить \_\_\_\_\_

уменьшить \_\_\_\_\_

**Список рисков** (исключение/включение рисков возможно со 2-й полисной годовщины):

| Дополнительные риски | Изменить              | Включить              | Исключить             | Страховая сумма |
|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|
| _____                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____           |
| _____                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____           |
| _____                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____           |
| _____                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____           |
| _____                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____           |
| _____                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____           |
| _____                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____           |
| _____                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____           |
| _____                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____           |
| _____                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____           |
| _____                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____           |

**Финансовые каникулы** (изменение возможно с 3-й полисной годовщины):

прошу предоставить освобождение от уплаты страховых взносов на период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

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

(изменение возможно с 4-й полисной годовщины):

прошу преобразовать полис в оплаченный с \_\_\_\_\_

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

Подпись \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) Дата \_\_\_\_\_  
фио страхователя/представителя

Поля заполняются сотрудником/агентом ООО СК «БКС Страхование жизни»

Подпись \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) Дата \_\_\_\_\_  
фио сотрудника/агента