

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ИЗМЕНЕНИЕ ФИНАНСОВЫХ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

Договор страхования

от

ЗАЯВИТЕЛЬ

 Страхователь Застрахованный Представитель

ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ

Фамилия
Имя Отчестводата
рождения

ДАННЫЕ ДОКУМЕНТА, УДОСТОВЕРЯЮЩЕГО ЛИЧНОСТЬ

Наименование
документа

серия

номер

кем выдан

дата выдачи

код подразделения

контактный
телефон

E-mail

АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ

Индекс

адрес

АДРЕС ФАКТИЧЕСКОГО ПРОЖИВАНИЯ / ПОЧТОВЫЙ АДРЕС

 Совпадает с адресом постоянной регистрации

Индекс

адрес

ВАЖНО! В случае, если заявление заполняется представителем, укажите документ, подтверждающий полномочияНаименование
документа

серия

номер

дата
выдачи

ПРОШУ ИЗМЕНИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ДАННЫЕ:

 Периодичность взноса ежегодно раз в полугодие Список рисков

Изменить

Включить

Исключить

Краткое наименование риска

Страховая сумма

| Изменить | Включить | Исключить | Краткое наименование риска | Страховая сумма |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <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 от уплаты страховых взносов с по

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.

К ЗАЯВЛЕНИЮ ПРИЛАГАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ:

Копия паспорта Документ, подтверждающий полномочия представителя

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) согласие на обработку персональных данных указанных в настоящем документе и приложениях к нему любыми способами (как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств –на бумаге) включая: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, в целях исполнения договора страхования, а также выполнения возложенных на Оператора функций, полномочий и обязанностей. Настоящее согласие действует до достижения всех указанных целей обработки персональных данных за исключением случаев, когда более длительный срок их обработки предусмотрен действующим законодательством РФ. В случае предоставления Оператору в настоящем документе персональных данных третьих лиц – субъектов персональных данных (выгодоприобретателей, страхователей и т.п.) гарантирую, что мной было получено согласие таких лиц на передачу и дальнейшую обработку их данных Оператором в заявленных выше целях. Информация, предусмотренная частью 3 статьи 18 ФЗ «О персональных данных» указанным лицам предоставлена, в связи с чем Компания освобождается от обязанности информирования субъекта персональных данных о получении персональных данных не от субъекта персональных данных.

(дата) (подпись) (ФИО заявителя)

(дата) (подпись) (ФИО сотрудника / агента)