

ЗАЯВЛЕНИЕ О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

Страховой полис/Договор от г.

ЗАЯВИТЕЛЬ ЯВЛЯЕТСЯ:

<input type="checkbox"/> Страхователем	<input type="checkbox"/> Законным представителем Страхователя*
Фамилия	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Имя	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Отчество	<input style="width: 100%;" type="text"/>

1. ПРОШУ ИЗМЕНИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ДАННЫЕ:

Срок страхования:
 Прошу изменить срок страхования: Увеличить Уменьшить на лет

Страховой взнос:
 Уменьшить до:

Изменить список рисков:

Дополнительные риски	Включить	Исключить	Страховая сумма

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

Прекращение оплаты взносов с преобразованием полиса (договора страхования) в оплаченный:
 Прошу преобразовать полис в оплаченный с . г.

Внимание! По договору должны быть полностью оплачены 2 года страхования. Должны отсутствовать убытки в период с последней годовщины до даты внесения изменений.

*** Реквизиты документа, подтверждающего полномочия (для Представителей):**

(наименование документа, серия, номер, дата выдачи, срок действия)

Подпись	ФИО Страхователя/представителя	Дата заполнения

Поля заполняются саотрудником/агентом ООО СК "БКС Страхование жизни"

Подпись	ФИО Сотрудника	Должность