

**Заявление на изменение условий страхования**

Я, \_\_\_\_\_, являясь Страхователем по договору страхования (полису) № □□□□□□□□□□, 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 принимаются с одобрением страховщика на основе заявления заполненного страхователем. При изменении страхователя, выгодоприобретателя (-ей) – к заявлению необходимо приложить копию документа, удостоверяющего личности.

Изменение страхователя/адреса местожительства страхователя (нужное подчеркнуть)

Сведения о новом страхователе/новом адресе местожительства страхователя:

Ф.И.О. .... ИИН .....

Адрес ..... Контактный тел.....

Почтовый индекс, название области, города, села, улицы, микрорайона, номер дома, квартиры

Увеличение/уменьшение страхового взноса с ..... тенге до ..... тенге  
нужное подчеркнуть

Периодичность оплаты (нужное отметить ✓)       ежегодно       раз в пол года       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 нетрудоспособности 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 .....

(почтовый индекс, название области, города, села, улицы, микрорайона, номер дома, квартиры)

Доля, % .....

Доля, % .....

Данные документа, удостоверяющее личность  
свидетельство о рождении, удостоверение личности/паспорт

Данные документа, удостоверяющее личность  
свидетельство о рождении, удостоверение личности/паспорт

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

Отказ от индексации

Другое (нужное указать): .....

Дата «      »      20      г.

**В случае изменения страхователя:**

Подпись нового страхователя