

Внимание!

Заявление необходимо предоставить в ООО «ВСК - Линия жизни» не ранее чем за 30 календарных дней и не позднее 10 календарных дней до даты внесения изменений. Внесение изменений осуществляется только с даты полисной годовщины, следующей за датой подачи настоящего заявления.

ЗАЯВЛЕНИЕ

на изменение условий договора страхования жизни, влияющих на ответственность Страховщика

На основании данного заявления будет произведен пересчет страховой суммы и/или страховой премии и оформлено Дополнительное соглашение, которое вступит в силу после подписания обеими сторонами. Срок оформления Дополнительного соглашения – до 10-ти рабочих дней.

Номер договора

Дата заключения договора страхования

Д

Д

М

М

Г

Г

Г

Г

я,

(Фамилия, имя, отчество Страхователя)

Дата рождения

Д

Д

М

М

Г

Г

Г

Г

Документ

Серия

Номер

Кем выдан

Дата выдачи

Д

Д

М

М

Г

Г

Г

Г

Код подразделения

Электронный адрес

(просьба указать действующий телефон и электронный адрес для возможности обсуждения условий договора страхования)

Телефон

Внесение изменений в годовщину действия полиса¹:

Изменения, возможные в любую полисную годовщину:

1. Изменение периодичности оплаты страхового взноса

раз в год

раз в полгода

раз в квартал

раз в месяц

2. Изменение размера (возможен только один вариант):

страховой суммы по основной программе

годового страхового взноса по Договору страхования

равный

(цифрами и прописью)

Страховая сумма (страховой взнос) не может быть уменьшена более чем в 2 раза в одну полисную годовщину. Уменьшение страховой суммы (страхового взноса) производится с учетом ограничений и не может быть меньше, предусмотренных Договором страхования.

ВАЖНО! ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ СТРАХОВОЙ СУММЫ, МОЖЕТ ПОТРЕБОВАТЬСЯ ЗАПОЛНЕНИЕ АНКЕТЫ ЗАСТРАХОВАННОГО / СТРАХОВАТЕЛЯ / ПРОХОЖДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ АНДЕРРАЙТИНГА.

3. Изменение срока действия договора страхования:

установить новый срок страхования равный

году/годам (срок страхования рассчитывается с даты начала действия договора страхования).

Изменение срока страхования по договору возможно не более 2х раз за весь срок действия договора страхования. Сократить срок страхования невозможно в случае, если окончание данного срока будет приходиться на полисную годовщину, в которую вносится изменение, а также при одновременном переводе договора в статус «Оплаченный».

Изменения, возможные во вторую и последующие полисные годовщины:

4. Освобождение от уплаты страхового взноса по риску «Дожитие Застрахованного до окончания срока страхования» (риск, указанный в п. 4.1.1. Правил страхования) на период сроком 1 (Один) календарный год (финансовые каникулы) с даты ближайшей полисной годовщины.

Финансовые каникулы - освобождение от уплаты взноса по риску «Дожитие Застрахованного до окончания срока страхования» в течение одного календарного года, без последующей его доплаты, при сохранении обязанности по оплате остальных рисков.

Изменения, возможные в третью и последующие полисные годовщины:

5. Перевод Договора страхования в оплаченный в связи с дальнейшим прекращением уплаты страховых взносов с даты ближайшей полисной годовщины.

Перевод договора страхования в оплаченный означает прекращение оплаты взносов. Договор страхования продолжает действовать только в отношении рисков, указанных в п.п. 4.1.1 и 4.1.2 Правил страхования, в отношении остальных рисков действие договора страхования прекращается с даты перевода его в оплаченный.

После перевода договора в статус оплаченный, дальнейшее внесение финансовых изменений в договор невозможно.

Я подтверждаю, что мне были разъяснены все последствия финансовых изменений условий договора страхования.

(подпись Страхователя)

¹

СЛЕДУЮЩИЕ ФИНАНСОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВОЗМОЖНО ПРИМЕНИТЬ, ЕСЛИ ЭТО ПРЕДУСМОТРЕНО ПРОГРАММОЙ, В РАМКАХ КОТОРОЙ ОФОРМЛЕН ВАШ ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ (подробную информацию можно уточнить, позвонив по телефону горячей линии Страховщика – 8-800-775-55-37). ОДНОВРЕМЕННО МОЖНО ОТМЕТИТЬ ВСЕ ПУНКТЫ, УКАЗАННЫЕ В НАСТОЯЩЕМ ЗАЯВЛЕНИИ, КРОМЕ ПУНКТА 5. ПРИ ВЫБОРЕ ПУНКТА 5 НАСТОЯЩЕГО ЗАЯВЛЕНИЯ ВЫБРАТЬ ДРУГИЕ ПУНКТЫ НЕЛЬЗЯ.

6. ☐ **Прошу внести изменения по «Дополнительной программе» ²**

ВАЖНО! ПРИ ПОДКЛЮЧЕНИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ МОЖЕТ ПОТРЕБОВАТЬСЯ ЗАПОЛНЕНИЕ АНКЕТЫ ЗАСТРАХОВАННОГО/ СТРАХОВАТЕЛЯ/ПРОХОЖДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ АНДЕРРАЙТИНГА.
При включении программы и в случае изменения страховой суммы укажите желаемый размер новой страховой суммы в рублях (цифрами и прописью).

Изменить страховую сумму	Подключить	Исключить	Название риска	Страховая сумма
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Смерть Застрахованного в результате несчастного случая	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Смерть Застрахованного по любой причине	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Временная утрата общей трудоспособности Застрахованного в результате несчастного случая	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Телесные повреждения Застрахованного в результате несчастного случая	

Включить следующие дополнительные программы можно при условии, что возраст Застрахованного на дату включения не превышает 55 лет

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Онкологические заболевания	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Установление Застрахованному инвалидности в результате любой причины	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Установление Страхователю инвалидности I или II группы по любой причине (с освобождением по уплате взносов)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Установление Застрахованному инвалидности в результате несчастного случая	

Включить следующие дополнительные программы можно при условии, что возраст Застрахованного на дату включения не превышает 60 лет

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Критические заболевания	
--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------	--

Включить следующую дополнительную программу можно при условии, что возраст Застрахованного ребенка на дату включения составляет от 2 до 17 лет включительно (требуется обязательное заполнение Приложения №3 к Заявлению)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Детская программа	
--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------	--

Страхователь:

Являетесь ли Вы налоговым резидентом иностранного государства, иностранным публичным должностным лицом, супругом (-ой) или близким родственником такого лица, или должностным лицом публичных международных организаций, или лицом, замещающим (занимающим) государственную должность РФ, должность члена Совета директоров Центрального банка РФ, должность федеральной государственной службы, назначение на которую и освобождение от которой осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должность в Центральном банке РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенную в перечни должностей, определяемые Президентом РФ?

☐ **ДА** (требуется обязательное заполнение Приложения №2 к Заявлению³)

☐ **НЕТ**

(подпись Страхователя)

Застрахованный:

Являетесь ли Вы налоговым резидентом иностранного государства, иностранным публичным должностным лицом, супругом (-ой) или близким родственником такого лица, или должностным лицом публичных международных организаций, или лицом, замещающим (занимающим) государственную должность РФ, должность члена Совета директоров Центрального банка РФ, должность федеральной государственной службы, назначение на которую и освобождение от которой осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должность в Центральном банке РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенную в перечни должностей, определяемые Президентом РФ.

☐ **ДА** (требуется обязательное заполнение Приложения №1 к Заявлению³)

☐ **НЕТ**

Произошли ли изменения в состоянии здоровья, поменяли ли Вы профессиональную деятельность на деятельность, связанную с повышенным риском, начали ли Вы заниматься опасными видами спорта/хобби?

☐ **ДА** (требуется обязательное заполнение Приложения №1 к Заявлению³)

☐ **НЕТ**

(ФИО Застрахованного)

(подпись Застрахованного)

Я, Страхователь, понимаю, что подписание мною настоящего Заявления не означает автоматического изменения условий договора, и что изменения вступят в силу при следующих условиях:
- в случае подписания мной и Страховщиком соответствующего дополнительного соглашения к договору страхования,
- в случае оплаты мной очередного страхового взноса соответствующего дополнительному соглашению к договору страхования в течение льготного периода
Я понимаю, что внесение указанных выше изменений в условия договора страхования может повлечь финансовые потери.

Дата

Д

Д

М

М

Г

Г

Г

Г

(подпись Страхователя)

Заявление принял

(Должность, ФИО)

Дата

Д

Д

М

М

Г

Г

Г

Г

(подпись Сотрудника)

² Указанные Дополнительные Программы возможно подключить, если это предусмотрено программой, в рамках которой оформлен ваш договор страхования (подробную информацию можно уточнить, позвонив по телефону горячей линии Страховщика – 8-800-775-55-37).
³ Форму Приложения необходимо запросить по телефону горячей линии Страховщика – 8-800-775-55-37.