

ЗАЯВЛЕНИЕ

на изменение условий договора страхования жизни, не влияющих на ответственность Страховщика

Номер договора

Дата заключения договора

Я,

Документ

Серия

Номер

Кем выдан

Дата выдачи

Код подразделения

1. Установить следующих Выгодоприобретателей:

ФИО

Смерть Застрахованного

Дожитие Застрахованного до окончания срока страхования*

Дожитие Застрахованного до купонной даты*

Кем Выгодоприобретатель приходится Застрахованному

Дата рождения

Доля в %

ФИО

Смерть Застрахованного

Дожитие Застрахованного до окончания срока страхования*

Дожитие Застрахованного до купонной даты*

Кем Выгодоприобретатель приходится Застрахованному

Дата рождения

Доля в %

Сумма долей по всем Выгодоприобретателям должна быть равна 100%.

Если Вы желаете исключить, добавить или изменить параметры для других Выгодоприобретателей, укажите их ФИО, кем Выгодоприобретатель приходится Застрахованному, дату рождения, доли в % на дополнительном листе, на котором должно быть согласие Застрахованного с назначением Выгодоприобретателей, его подпись, подпись Страхователя и дата.

Я,

ФИО Застрахованного

с изменениями Выгодоприобретателей согласен.

(Подпись Застрахованного)

(Подпись Страхователя)

* В случае назначения выгодоприобретателя, отличного от страхователя, по указанным рискам необходимо предоставить копию паспорта нового выгодоприобретателя.

Я даю согласие Страховщику на обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, указанных в заявлении, в целях заключения и исполнения договора страхования в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», на передачу (в том числе трансграничную передачу) моих персональных данных страховому агенту, заключившему и сопровождающему договор страхования, аудиторам, актуариям и перестраховщикам, для целей осуществления Страховщиком страховой деятельности. Согласие предоставляется с момента подписания настоящего заявления и действительно в течение пяти лет после исполнения договорных обязательств. Согласие может быть отозвано путем письменного заявления в ООО «ВСК - Линия жизни».

(Подпись Выгодоприобретателя)

2. Прошу изменить сведения в отношении: Страхователя

Застрахованного

Отметить один или несколько вариантов (в случае замены Страхователя все поля необходимы к заполнению):

<input type="checkbox"/>	ФИО	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Дата рождения	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Паспортные данные	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Адрес фактического места жительства	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Адрес регистрации	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Телефон	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Электронный адрес	<input type="text"/>

(Подпись Страхователя)

Заявление принял

(Должность, ФИО)

Дата

(Подпись)