



Страховання
життя

Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «ПЗУ Україна страхування життя»
Центральний офіс

Додаток 9
до Інструкції про порядок внесення змін
до діючих договорів добровільного страхування життя
за ініціативою Страхувальників – фізичних осіб

припинення сплати внесків (редукування)

ЗАЯВА про внесення змін до діючого Договору добровільного страхування життя

Я, Страхувальник:

Договір добровільного страхування життя		№ _____	від «___» _____ 20__ р.										
СТРАХУВАЛЬНИК	_____												
	<i>прізвище, ім'я, по батькові</i>												
Дата народження	«___» _____ р.	Реєстраційний (ідентифікаційний номер)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Телефон	(____) _____	Електронна адреса (e-mail)	_____										
Адреса реєстрації	_____												
	<i>вулиця, будинок, квартира, населений пункт, район, область, індекс</i>												
Адреса для листування	_____												
	<i>вулиця, будинок, квартира, населений пункт, район, область, індекс</i>												
ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА	_____												
	<i>прізвище, ім'я, по батькові</i>												
Дата народження	«___» _____ р.	Реєстраційний (ідентифікаційний номер)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Адреса реєстрації	_____												
	<i>вулиця, будинок, квартира, населений пункт, район, область, індекс</i>												

прошу з «___» _____ 20__ р. зменшити розмір страхової суми за Договором добровільного страхування життя № _____ від «___» _____ 20__ р. в зв'язку з припиненням мною подальшої сплати страхових внесків за цим Договором.

До Заяви додаю наступні документи:

- * Засвідчену копію паспорта Страхувальника: копії 1-2 сторінок, 3-6 сторінок (у разі наявності на них відміток) та сторінки з відміткою про реєстрацію останнього місця проживання АБО копії лицевої та зворотної сторінк паспорта, виготовленого у формі ID-картки, та довідки з Єдиного державного демографічного реєстру про реєстрацію місця проживання.
 - * Засвідчену копію довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків (ІПН) Страхувальника. У разі, якщо особа відмовилася від прийняття ІПН – копія відповідної сторінки паспорта.
- * **УВАГА: Правила засвідчення копій документів! Власник документу на кожній сторінці копії документу має власноруч зробити напис «Згідно з оригіналом», зазначити дату, свої прізвище та ініціали та поставити власний підпис.**

Декларація Страхувальника. Декларація Застрахованої особи

Даю згоду на обробку моїх персональних даних у розумінні Закону України «Про захист персональних даних» Страховиком з метою провадження ним своєї страхової діяльності. Дана обробка може також здійснюватись будь-якими третіми особами (асистуючими компаніями, перестраховиками, іноземними суб'єктами відносин, пов'язаних із персональними даними, та ін.), яким Страховик надав таке право згідно з законодавством України.

Зі змінами згодна,

Застрахована особа

Страхувальник

підпис

прізвище, ініціали

дата