

Внимание!

Заявление необходимо предоставить в ООО «ВСК - Линия жизни» не ранее чем за 30 календарных дней и не позднее 10 рабочих дней до даты внесения изменений. Внесение изменений осуществляется только с даты полисной годовщины¹, следующей за датой подачи настоящего заявления.

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

Номер договора

Дата заключения договора

Я, _____
 (Фамилия, имя, отчество Страхователя)

Документ Серия

Кем выдан _____

Дата выдачи

Код подразделения

Телефон

Электронный адрес

Просьба указать действующий телефон и электронный адрес для возможности обсуждения условий договора страхования.

Одновременно можно отметить все пункты, указанные в настоящем заявлении, кроме пункта 4. При выборе пункта 4 настоящего заявления – нельзя выбрать другие пункты.

1. Прошу установить новую периодичность оплаты страхового взноса:

раз в полгода раз в год

2. Прошу установить² размер (возможен только один вариант):

страховой суммы по основной программе годового страхового взноса по договору

равный рублей.

(цифрами и прописью)

3. Прошу предоставить 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)³ с даты ближайшей полисной годовщины.

- Финансовые каникулы означают:
1. Уменьшение размера взноса в течение одного календарного года с даты финансового изменения за счет того, что в этот период Страхователь не производит оплату взноса по риску Дожитие, при этом обязанность по оплате остальных рисков договора за Страхователем сохраняется⁴.
 2. Уменьшение страховой суммы на весь срок действия договора, при этом доплачивать пропущенный взнос по риску Дожитие не потребуется.

Я подтверждаю, что мне были разъяснены все последствия изменения условий договора страхования при предоставлении финансовых каникул.

4. Прошу перевести договор страхования в оплаченный в связи с дальнейшим прекращением уплаты страховых взносов⁵ с даты ближайшей полисной годовщины.

- Перевод договора страхования в оплаченный означает:
1. Уменьшение страховой суммы⁶ и
 2. Уменьшение страхового покрытия: 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.
- Я подтверждаю, что мне были разъяснены все последствия изменения условий договора страхования вследствие перевода его в оплаченный.

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).

5. Прошу изменить срок действия договора страхования⁷:

установить новый срок страхования равный году/годам.

(срок страхования рассчитывается с даты начала действия договора страхования)

(Подпись Страхователя)

1. Полисная годовщина – дата по прошествии полного количества лет с даты начала срока действия договора страхования, например, если дата начала срока действия договора страхования – 01.01.2018 г., то 1-й полисной годовщиной считается 01.01.2019 г.
2. Страховая сумма (страховой взнос) не может быть уменьшена более чем в 2 раза.
3. Финансовые каникулы предоставляются со 2-й полисной годовщины.
4. Некоторые программы страхования предусматривают наличие дополнительных программ, которые можно исключить или уменьшить по ним размер страховой суммы в п. 6 настоящего заявления, что позволит снизить размер взноса по договору страхования. Узнать предусматривает ли Ваша программа страхования такую возможность можно по телефону горячей линии Страховщика – 8-800-775-55-37.
5. Перевод договора страхования в оплаченный возможен с 3-й полисной годовщины.
6. Уменьшенная страховая сумма рассчитывается исходя из сформированного Страховщиком резерва на дату, предшествующую дате полисной годовщины, в которую производится изменение.
7. Изменение срока страхования по договору возможно не более 2 раз за весь срок действия договора страхования.

6. Прошу внести изменения по «Дополнительной программе»:

Включить дополнительный риск можно, только если данный риск предусмотрен программой, в рамках которой оформлен Ваш договор страхования (подробную информацию можно уточнить, позвонив по телефону горячей линии Страховщика 8-800-775-55-37)

При включении программы и в случае изменения страховой суммы укажите желаемый размер новой страховой суммы в рублях (цифрами и прописью)

<input type="checkbox"/> включить <input type="checkbox"/> изменить страховую сумму	<input type="checkbox"/> исключить	Страхование от несчастного случая	
<input type="checkbox"/> включить <input type="checkbox"/> изменить страховую сумму	<input type="checkbox"/> исключить	Смерть по любой причине (немедленная выплата)	

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

<input type="checkbox"/> включить <input type="checkbox"/> изменить страховую сумму	<input type="checkbox"/> исключить	Страхование на случай установления инвалидности I группы по любой причине	
<input type="checkbox"/> включить <input type="checkbox"/> изменить страховую сумму	<input type="checkbox"/> исключить	Страхование от онкологических заболеваний	

Декларация Застрахованного

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество Застрахованного)

дата рождения , подтверждаю, что нижеуказанные сведения соответствуют действительности и будут являться частью договора страхования.

Укажите, произошли или нет с Вами в период с г. (дата заключения договора страхования) до момента подписания настоящего заявления следующие изменения:

смена профессиональной деятельности на деятельность с повышенным риском (военная служба, работы с химическими и взрывчатыми веществами, работы на высоте, под землей, под водой, на нефтяных и газовых платформах, в атомной промышленности, с оружием и др. источниками повышенной опасности, работа летчиком-испытателем, каскадером, водолазом, пожарным, скалолазом);	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
---	--

Если Вы ответили «ДА», укажите конкретный вид деятельности:

получена инвалидность I, II или III группы либо имеется действующее направление на медико-социальную экспертизу;	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
--	--

Если Вы ответили «ДА», просьба дать подробный комментарий (установленная группа инвалидности; дата установления инвалидности; срок, на который она установлена; причина инвалидности; диагноз заболевания, в связи с которым установлена инвалидность):

изменения в состоянии здоровья: изменились данные, предоставляемые мной при заключении договора страхования путем заполнения Дополнительной анкеты клиента либо подписания Декларации Застрахованного;	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
--	--

Если Вы ответили «ДА», просьба дать подробный комментарий (диагноз; дата установления диагноза; какое проводилось/проводится лечение; есть ли жалобы в настоящее время, если «да», то какие):

начал заниматься опасным видом спорта (мотоспорт, альпинизм, дайвинг, парапланеризм, прыжки с парашютом, боевые искусства, рафтинг, экстремальные прыжки с высоты, управление одно-, двухместными спортивными самолетами, гонки любого вида и пр.) или спортом на профессиональной основе.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
--	--

Если Вы ответили «ДА», просьба дать подробный комментарий (какой вид спорта; являетесь любителем или профессионалом; как часто занимаетесь; принимаете участие в соревнованиях или попытках установления рекордов):

(Подпись Страхователя)

(Подпись Застрахованного)

Являетесь ли Вы гражданином США, лицом имеющим вид на жительство в США, налоговым резидентом либо налогоплательщиком США, имеются ли в отношении Вас любые основания для распространения на Вас законодательства США о налогообложении иностранных счетов?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если Вы ответили «ДА», то необходимо заполнить дополнительную анкету, актуальный шаблон которой можете запросить, позвонив по телефону горячей линии Страховщика – 8-800-775-55-37	
Являетесь ли Вы указанным лицом или родным или близким указанных лиц: должностное лицо публичной международной организации, лицо, замещающее (занимающее) государственную должность РФ, должность члена Совета директоров Центрального банка РФ, должность федеральной государственной службы, назначение на которую и освобождение от которой осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должность в Центральном банке РФ, государственной корпорации или иной организации, созданной РФ на основании федерального закона, включенную в соответствующий перечень должностей, определенный Президентом РФ, также иностранное публичное должностное лицо?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если Вы ответили «ДА», просьба дать подробный комментарий (должность; наименование организации; если указанным выше лицом является Ваш родственник, то дополнительно укажите его ФИО и степень Вашего с ним родства):	
<p>_____</p> <p>_____</p>	
Я понимаю, что сообщение неправильных или неполных сведений является основанием для признания договора страхования недействительным.	

Дата

(Подпись Застрахованного)

Декларация Страхователя

Являетесь ли Вы гражданином США, лицом имеющим вид на жительство в США, налоговым резидентом либо налогоплательщиком США, имеются ли в отношении Вас любые основания для распространения на Вас законодательства США о налогообложении иностранных счетов?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если Вы ответили «ДА», то необходимо заполнить дополнительную анкету, актуальный шаблон которой можете запросить, позвонив по телефону горячей линии Страховщика – 8-800-775-55-37	
Являетесь ли Вы указанным лицом или родным или близким указанных лиц: должностное лицо публичной международной организации, лицо, замещающее (занимающее) государственную должность РФ, должность члена Совета директоров Центрального банка РФ, должность федеральной государственной службы, назначение на которую и освобождение от которой осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должность в Центральном банке РФ, государственной корпорации или иной организации, созданной РФ на основании федерального закона, включенную в соответствующий перечень должностей, определенный Президентом РФ, также иностранное публичное должностное лицо?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если Вы ответили «ДА», просьба дать подробный комментарий (должность; наименование организации; если указанным выше лицом является Ваш родственник, то дополнительно укажите его ФИО и степень Вашего с ним родства):	
<p>_____</p> <p>_____</p>	
Я, Страхователь, понимаю, что подписание мною настоящего Заявления не означает автоматического изменения условий договора, и что изменения вступят в силу в случае подписания мной и Страховщиком соответствующего дополнительного соглашения к договору страхования.	
Я понимаю, что внесение указанных выше изменений в условия договора страхования может повлечь финансовые потери.	

Дата

(Подпись Страхователя)

Заявление принял

(Должность, ФИО)

Дата

(Подпись)