

## Заявление на внесение изменений в договор страхования по программам накопительного страхования жизни

Прошу внести следующие изменения в договор страхования, которые вступят в силу с момента принятия их ООО «Страховая компания «Сив Лайф», т.е. с момента заключения дополнительного соглашения на внесение изменений.

Страховой сертификат № \_\_\_\_\_ от Д Д М М Г Г Г Г Г Г если сертификат ВЫПУЩЕН

Заявление № \_\_\_\_\_ от Д Д М М Г Г Г Г Г Г если сертификат НЕ ВЫПУЩЕН

Программа страхования  «Премиум»  «Комфорт»  «Комфорт +»  «Дети»  «Дети+»

### 1. Изменение персональных данных:

#### 1.1 Изменение Фамилии, Имени или Отчества

Страхователя  Застрахованного лица  Выгодоприобретателя

Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_

Причина изменения \_\_\_\_\_

#### 1.2 Изменение паспортных данных

Страхователя  Застрахованного лица  Выгодоприобретателя

Новый паспорт:

\_\_\_\_\_ Д Д М М Г Г Г Г Г Г  
серия номер кем выдан когда выдан

#### 1.3 Изменение рода деятельности/должности Застрахованного лица

Новый род деятельности/должность \_\_\_\_\_

#### 1.4 Изменение контактной информации/адреса регистрации / адреса для корреспонденции Страхователя

Адрес для корреспонденции:

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Индекс Город Улица Дом Корпус Квартира

Адрес регистрации:

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Индекс Город Улица Дом Корпус Квартира

Контактный телефон: +7: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Электронная почта: \_\_\_\_\_

### 2. Изменение условий договора:

#### 2.1 Замена Страхователя (если Страхователь и Застрахованный — разные лица)

Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Д Д М М Г Г Г Г Г Г  
Дата рождения

Customer Number (CIN), (заполняется сотрудником ЗАО КБ «Ситибанк»): \_\_\_\_\_

муж.  жен. Контактный телефон +7: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Гражданство \_\_\_\_\_

Паспортные данные:

\_\_\_\_\_ Д Д М М Г Г Г Г Г Г  
серия номер кем выдан когда выдан

Адрес для корреспонденции:

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Индекс Город Улица Дом Корпус Квартира

## 2.2 Изменение Выгодоприобретателя/ей

Фамилия	Имя	Отчество
<input type="checkbox"/> Заменить	<input type="checkbox"/> Добавить	<input type="checkbox"/> Исключить
Дата рождения		Доля, %
Фамилия	Имя	Отчество
<input type="checkbox"/> Заменить	<input type="checkbox"/> Добавить	<input type="checkbox"/> Исключить
Дата рождения		Доля, %
Фамилия	Имя	Отчество
<input type="checkbox"/> Заменить	<input type="checkbox"/> Добавить	<input type="checkbox"/> Исключить
Дата рождения		Доля, %
Фамилия	Имя	Отчество
<input type="checkbox"/> Заменить	<input type="checkbox"/> Добавить	<input type="checkbox"/> Исключить
Дата рождения		Доля, %

Далее заполняется при замене Выгодоприобретателя/ей (если Страхователь и Застрахованный — разные лица)

### Согласие Застрахованного на замену Выгодоприобретателя/ей

Я, Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_

Паспорт: \_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_ когда выдан \_\_\_\_\_

Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

Индекс \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Улица \_\_\_\_\_ Дом \_\_\_\_\_ Корпус \_\_\_\_\_ Квартира \_\_\_\_\_

настоящим даю свое письменное согласие на изменение выгодоприобретателя/ей по договору страхования

Застрахованный \_\_\_\_\_

(подпись) \_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_

## 2.3 Изменение периодичности уплаты страховой премии: ежеквартально по полугодиям раз в год

## 2.4 Изменение размера страховой премии

Указать размер страховой премии

При увеличении страховой премии Застрахованному лицу по требованию Страховщика необходимо предоставить дополнительную информацию о себе и своих доходах, а также пройти медицинское освидетельствование.

При уменьшении страховой премии по истечении 30 дней с даты получения Страхователем договора страхования (страхового сертификата) денежная разница между величиной первого взноса и измененного не возвращается.

Размер страховой премии не может быть установлен менее 12 000 RUR/360 USD/360 EUR. При изменении размера страховой премии индексация будет отключена.

## 2.5 В случае уменьшения размера страховой премии в течение 30 дней с даты получения договора (страхового сертификата)

Прошу произвести зачет причитающейся мне к возврату суммы в счет будущих платежей по договору

Прошу осуществить возврат причитающейся мне к возврату суммы безналичным переводом

на счет в ЗАО КБ «Ситибанк»  на расчетный счет другого банка

наименование банка

Город \_\_\_\_\_

Расчетный счет \_\_\_\_\_

Корреспондентский счет \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_ БИК \_\_\_\_\_

Ф.И.О. получателя

Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_

Наименование отделения \_\_\_\_\_

## 2.6 Изменение срока страхования (указать срок страхования) \_\_\_\_\_ лет

2.7 Изменение размера индексации:  Исключить на один год  Исключить на весь срок действия договора страхования

Изменить размер ежегодной индексации на \_\_\_\_\_ %

## 2.8 Изменение страховых рисков: Включить Исключить

Указать риск

2.9 Другие изменения

Оформленное на основании данного заявления **Дополнительное соглашение** прошу:

Направить в отделение ЗАО КБ «Ситибанк» по адресу\*:

Направить посредством Почты России по адресу:

О готовности **Дополнительного соглашения** прошу проинформировать меня:

по телефону +7: ( ) - -

посредством SMS-уведомления на номер +7: ( )

по электронной почте

\* Обращаем Ваше внимание на то, что при выборе способа доставки в отделение ЗАО КБ «Ситибанк» Вам необходимо будет самостоятельно обратиться в выбранное Вами отделение для получения **Дополнительного соглашения**.

Страхователь

\_\_\_\_\_  
(подпись) Д Д М М Г Г Г Г  
(дата)

Сотрудник ЗАО КБ «Ситибанк», принявший Заявление

\_\_\_\_\_  
(подпись) Д Д М М Г Г Г Г  
(дата)

Сотрудник ООО «Страховая компания «Сив Лайф»,  
принявший Заявление

\_\_\_\_\_  
(подпись) Д Д М М Г Г Г Г  
(дата)