

Заява на зміну умов страхування та/або клієнтських даних

(інструкція з заповнення заяви додається)

Договір страхування*

Серія

Номер

ПІБ Страхувальника*

Адреса для листування*

Індекс

Область

район

місто/селище

вулиця

буд.

корп.

кв.

Контактний телефон

моб.*

дом.

E-mail

ICQ

* поля, обов'язкові для заповнення

<input type="checkbox"/> Зміна адреси листування	Індекс _____ Область _____ район _____ вулиця _____ буд. _____ корп. _____ кв. _____	
<input type="checkbox"/> Зміна ПІБ та паспортних даних	_____ у зв'язку з _____ Страхувальника/Застрахованого/Вигодонабувача одруженням/розлученням/зміною імені на _____ <i>Документи, що необхідно додати для проведення змін: копія свідоцтва про одруження/розлучення/зміну імені, копія паспорта.</i>	
<input type="checkbox"/> Зміна Страхувальника	ПІБ нового Страхувальника _____ Моб. Телефон: _____ Адреса _____ <i>Додатки: Копія паспорта (1, 2 та 11 сторінка) та ідентифікаційного коду нового Страхувальника</i>	
<input type="checkbox"/> Зміна Вигодонабувача	з _____ ПІБ заповнюється повністю на _____ дата народження _____ За ризиком <input type="checkbox"/> Дожиття / <input type="checkbox"/> Смерть / <input type="checkbox"/> Всі інші Відсоток від страхової суми _____ % Черговість _____ Безвідкличне право Так / Ні	
<input type="checkbox"/> Зміна валюти страхування на долар США/євро	<input type="checkbox"/> гривні <input type="checkbox"/> долар США з <input type="checkbox"/> долара США на <input type="checkbox"/> Євро <input type="checkbox"/> Євро	
<input type="checkbox"/> Зміна валюти страхування на гривню	<input type="checkbox"/> За акційним курсом 5.0 грн за 1.0 долар США, 7.0 грн за 1.0 Євро <input type="checkbox"/> За курсом НБУ на дату отримання заяви Страховою Компанією (дата отримання заяви буде повідомлена смс повідомленням в разі наявності мобільного номеру телефону Страхувальника.)	
<input type="checkbox"/> Зміна періодичності сплати внесків	з <input type="checkbox"/> щорічно <input type="checkbox"/> щоквартально на <input type="checkbox"/> щорічно <input type="checkbox"/> щоквартально <input type="checkbox"/> раз на півроку <input type="checkbox"/> раз на півроку	
<input type="checkbox"/> Зміна розміру внеску	з _____ грн/дол/євро на _____ грн/дол/євро	
<input type="checkbox"/> Зміна строку страхування	з _____ років на _____	
<input type="checkbox"/> Розстрочення чергового внеску	<input type="checkbox"/> Індexсація	<input type="checkbox"/> Редукування Договору страхування
<input type="checkbox"/> Відновлення сплати страхових внесків	<input type="checkbox"/> Відновлення сплати страхових внесків з пропуском _____ року/ів	<input type="checkbox"/> Докупування опції "Звільнення від сплати внесків (WOP)"

" " _____ 20__ року

Підпис Страхувальника

" " _____ 20__ року

Підпис Застрахованої особи (в разі зміни Вигодонабувача)

" " _____ 20__ року

Підпис нового Страхувальника (в разі зміни Страхувальника)

Інструкція з заповнення заяви на зміну умов страхування та/або клієнтських даних

Договір страхування*

Серія **А В** Номер **1 2 3 4 5 6 7**

ПІБ Страхувальника*

Іванов Іван Іванович

Адреса для листування*

Індекс **1 2 3 4 5** Область **Київська**

район **Обухівський**

місто/селище **м. Українка**

вулиця **Будівельників**

буд. **1** корп. **1** кв. **1**

Контактний телефон

моб.* **0 6 7 1 1 1 1 1 1 1** дом. **1 1 1 1 1 1 1 1 1 1**

E-mail

i vanov ukr . net

ICQ

<input checked="" type="checkbox"/>	Зміна адреси листування	Вкажіть нову адресу, за якою Вам буде зручно отримувати від СК «ТАС» кореспонденцію.
<input checked="" type="checkbox"/>	Зміна ПІБ та паспортних даних	Вкажіть особу за Договором, яка змінила паспортні дані та причину такої зміни. Обов'язковими є додатки копій документів підтверджуючих зміну ПІБ
<input checked="" type="checkbox"/>	Зміна Страхувальника	Вкажіть особу, яка стане новим Страхувальником за Договором, її адресу проживання та контактний номер телефону. Обов'язковими умовами є: копія паспорту, ідентифікаційного коду та підпис нового Страхувальника на заяві .
<input checked="" type="checkbox"/>	Зміна Вигодонабувача	Вкажіть Вигодонабувача за Договором, якого бажаєте змінити; ПІБ нового Вигодонабувача та його дату народження; страховий ризик за Договором (потрібне підкреслити). Зазначте умови отримання страхової виплати – відсоток від страхової суми, черговість, безвідкличне право (потрібне підкреслити).
<input checked="" type="checkbox"/>	Зміна валюти страхування на долар США/євро	Зміна валюти страхування проводиться за курсом НБУ на дату отримання заяви на зміну валюти Страховою Компанією. Дата отримання заяви буде повідомлена смс повідомленням в разі наявності мобільного номеру телефону Страхувальника.
<input checked="" type="checkbox"/>	Зміна валюти страхування на гривню	Зміна валюти проводиться з Євро/дол. США на гривню. Для зміни необхідно вказати за яким курсом необхідно провести зміну валюти.
<input checked="" type="checkbox"/>	Зміна періодичності	Відмітьте початкову та бажану періодичність сплати страхових внесків.
<input checked="" type="checkbox"/>	Зміна розміру внеску	Вкажіть початковий та бажаний розмір страхового внеску. Підкресліть валюту страхування.
<input checked="" type="checkbox"/>	Зміна строку страхування	Вкажіть початковий та бажаний строк страхування.
<input checked="" type="checkbox"/>	Відновлення дії Договору	Ви маєте можливість відновити дію Договору на початкових умовах або з пропуском одного року, сплативши прострочені внески. Обов'язковим додатком є Декларація про стан здоров'я Застрахованої особи, якщо Ви відновлюєте Договір по закінченню 120 днів від дати несплаченого внеску.
<input checked="" type="checkbox"/>	Відновлення дії Договору з пропуском років	
<input checked="" type="checkbox"/>	Докупування опції звільнення від сплати внесків	Для докуповування опції звільнення від сплати внесків обов'язковим додатком є Декларація про стан здоров'я Страхувальника.
<input checked="" type="checkbox"/>	Індексація	<input checked="" type="checkbox"/> Розстрочення чергового внеску
		<input checked="" type="checkbox"/> Редукування Договору страхування

Під вибраними змінами умов страхування має бути підпис Страхувальника, Застрахованої особи (повнолітньої), нового Страхувальника у разі зміни та вказана дата написання заяви.

Адреса для відправлення даної заяви: 01001, м. Київ, вул. Шота Руставелі, 16, 6-й поверх