

ЗАЯВЛЕНИЕ О ДОБАВЛЕНИИ И ИЗМЕНЕНИИ СТРАХОВОЙ ЗАЩИТЫ

Настоящее заявление заполняет страхователь или его уполномоченный представитель.

СТРАХОВАТЕЛЬ

Имя и фамилия _____ Личный код _____
/ Название _____ / Регистр. код _____

Адрес _____
Улица, номер дома, номер квартиры (хутор, деревня), индекс, город или волость

Телефон _____ Э-почта _____

Если заявление заполняет уполномоченный представитель страхователя, ниже следует указать имя и фамилию представителя.
К настоящему заявлению приложите, пожалуйста, доверенность и копию документа, удостоверяющего личность представителя.

Страховой полис № 70-5 _____ - _____

Желаю с _____ в своем договоре страхования следующие виды страховой защиты.
Месяц, год

Основное страхование

Новая страховая сумма / годовые расходы на обучение / размер годовой пенсии _____ или новый размер взноса
основного страхования _____

Новая дата окончания периода страхования _____ Новый гарантированный период выплаты _____ лет
День, месяц, год

Дополнительные виды страхования

	Лицо 1	Лицо 2	Размер страховой суммы / суточных	Размер взноса
Дополнительное страхование отсутствия трудоспособности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Дополнительное страхование критических заболеваний	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Дополнительное страхование критических заболеваний для детей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Дополнительное страхование больничных суточных	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Страхование от несчастного случая:

Суточные	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Больничные суточные	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Возмещение по инвалидности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Возмещение в связи со смертным случаем	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Размер взноса всего (за основное и дополнительное страхование) _____

Медицинское страхование Новое название желаемого страхового пакета _____

В случае увеличения страховых сумм или оформлении дополнительного страхования заполните, пожалуйста, дополнительно к данному заявлению опросник здоровья.

К заявлению, заполненному на бумажном носителе, прилагаю копию документа, удостоверяющего личность страхователя.

СТРАХОВАТЕЛЬ

Имя и фамилия _____

Дата _____
День, месяц, год

Подпись _____

ЗАЯВЛЕНИЕ ПРИНЯЛ

Имя и фамилия _____

Дата _____
День, месяц, год

Подпись _____