

ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ИЗМЕНЕНИИ СТРАХОВОГО ДОГОВОРА

Страховщик – ERGO Life Insurance SE (зарегистрировано в Литве), оказывающее в Эстонии услуги через ERGO Life Insurance SE Eesti filiaal (далее – также Страховщик).

Настоящее заявление заполняет страхователь или его уполномоченный представитель. Составитель заявления обязан представить в заявлении верные и полные данные, а также сообщить страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, которые могут повлиять на решение страховщика заключить договор страхования или сделать это на оговоренных дополнительных условиях.

СТРАХОВАТЕЛЬ

Имя и фамилия _____ Личный код _____

Э-почта _____ Телефон _____

СТРАХОВОЙ ПОЛИС, НОМЕР 70-5 _____ - _____

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> изменение личных данных | <input type="checkbox"/> прекращение действия дополнительных видов страхования | <input type="checkbox"/> изменение номера счета |
| <input type="checkbox"/> изменение выгодоприобретателей | <input type="checkbox"/> изменение способа оплаты страховых взносов | <input type="checkbox"/> заявление о выдаче дубликата страхового полиса |
| <input type="checkbox"/> изменение представителя страховщика | <input type="checkbox"/> отказ от увеличения страховых взносов | |

Настоящим желаю

СТРАХОВАТЕЛЬ

Имя и фамилия _____

Дата _____
День, месяц, год

Подпись/
дигитальная
подпись _____

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА

Имя и фамилия _____

Дата _____
День, месяц, год

Подпись/
дигитальная
подпись _____

Если форму заполняет уполномоченный представитель страхователя, просим приложить копию доверенности и документа, удостоверяющего личность уполномоченного лица.