

<p>Відновлення дії Договору зі сплатою пропущених страхових внесків</p> <input type="checkbox"/>	<p>з <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> р.</p> <p><i>До Заяви додаю: заповнену «Андеррайтингову (медичну) анкету», копію квитанції про сплату пропущених страхових внесків.</i></p>
<p>Припинення дії Основного Договору страхування</p> <input type="checkbox"/>	<p>з виплатою викупної суми <input type="checkbox"/> без виплати викупної суми <input type="checkbox"/></p> <p><i>До Заяви додаю: копію паспорта, копію ІПН, оригінал Договору страхування, довідку з банківськими реквізитами для перерахування викупної суми.</i></p>
<p>Виключення ризиків за діючим додатковим пакетом «Здоров'я»</p> <input type="checkbox"/>	<p><input type="checkbox"/> Страхування тілесних ушкоджень внаслідок нещасного випадку; <input type="checkbox"/> Смертельно-небезпечні захворювання.</p> <p><i>(Звертаємо Вашу увагу, що у разі виключення обох вищезазначених ризиків, дію Договору за пакетом «Здоров'я» буде припинено без виплати викупної суми. Пакет «Здоров'я» Ви можете активувати в будь-який момент протягом дії Основного Договору)</i></p>
<p>Включення ризиків за діючим додатковим пакетом «Здоров'я»</p> <input type="checkbox"/>	<p><input type="checkbox"/> Страхування тілесних ушкоджень внаслідок нещасного випадку зі Страховою сумою: <input type="checkbox"/> 10 000 грн. <input type="checkbox"/> 20 000 грн. <input type="checkbox"/> 30 000 грн. <input type="checkbox"/> 40 000 грн. <input type="checkbox"/> 50 000 грн.</p> <p><input type="checkbox"/> Смертельно-небезпечні захворювання зі Страховою сумою: <input type="checkbox"/> 10 000 грн. <input type="checkbox"/> 20 000 грн. <input type="checkbox"/> 30 000 грн. <input type="checkbox"/> 40 000 грн. <input type="checkbox"/> 50 000 грн. <input type="checkbox"/> 60 000 грн. <input type="checkbox"/> 70 000 грн. <input type="checkbox"/> 80 000 грн. <input type="checkbox"/> 90 000 грн. <input type="checkbox"/> 100 000 грн.</p> <p><i>До Заяви додаю: заповнену «Андеррайтингову (медичну) анкету», копію квитанції про сплату страхового внеску.</i></p>
<p>Активація пакету «Здоров'я»</p> <input type="checkbox"/>	<p><input type="checkbox"/> Страхування тілесних ушкоджень внаслідок нещасного випадку зі Страховою сумою: <input type="checkbox"/> 10 000 грн. <input type="checkbox"/> 20 000 грн. <input type="checkbox"/> 30 000 грн. <input type="checkbox"/> 40 000 грн. <input type="checkbox"/> 50 000 грн.</p> <p><input type="checkbox"/> Смертельно-небезпечні захворювання зі Страховою сумою: <input type="checkbox"/> 10 000 грн. <input type="checkbox"/> 20 000 грн. <input type="checkbox"/> 30 000 грн. <input type="checkbox"/> 40 000 грн. <input type="checkbox"/> 50 000 грн. <input type="checkbox"/> 60 000 грн. <input type="checkbox"/> 70 000 грн. <input type="checkbox"/> 80 000 грн. <input type="checkbox"/> 90 000 грн. <input type="checkbox"/> 100 000 грн.</p> <p><i>До Заяви додаю: заповнену «Андеррайтингову (медичну) анкету», копію квитанції про сплату страхового внеску.</i></p>
<p>Виготовлення Дубліката Поліса</p> <input type="checkbox"/>	<p>у зв'язку _____</p> <p>_____</p>
<p>Зміна Страхувальника</p> <input type="checkbox"/>	<p>ПІБ нового Страхувальника _____</p> <p>індекс <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> область _____</p> <p>район _____</p> <p>місто/селище _____</p> <p>вулиця _____ буд. _____, корп. _____, кв. _____</p> <p><i>(необхідно вказати адресу листування Нового Страхувальника)</i></p> <p>моб. + <input type="text"/> <input type="text"/> (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>E-mail _____</p> <p><i>До Заяви додаю: копію паспорта, копію ІПН нового Страхувальника.</i></p>

Своїм підписом підтверджую достовірність та повноту всіх даних, наведених в цій Заяві; розумію та погоджуюсь з усіма зобов'язаннями, в тому числі надавати Страховику повну інформацію про відомі мені обставини, які мають істотне значення для оцінки страхового ризику, інформувати Страховика про будь-яку зміну таких обставин. Заповнення цієї Заяви є підтвердженням такого мого наміру.

Дата: _____ / _____ / _____

« _____ » _____ 20 _____ року

_____ / _____

(підпис Страхувальника) (П.І.Б.)

_____ / _____

(підпис нового Страхувальника (у разі його зміни)) (П.І.Б.)