



ТДВ «СК «ГЛІ»
вул. Кирилівська, буд. 160Б, оф. 40, м. Київ, 04073
+38 044 222 69 39
www.gli.com.ua, info@gli.com.ua

Від Страхувальника:

ПІБ _____

Адреса для листування _____

Телефон _____

**Заява на внесення змін
до Договору добровільного страхування життя**

№

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(якщо Договір за програмою «Здоров'я» не укладений, вказати номер Договору за основною програмою)

Прошу внести зміни до Договору страхування протягом 30 календарних днів з дати реєстрації цієї заяви:

<input type="checkbox"/> Включення ризиків за програмою «Здоров'я»	<input type="checkbox"/> Страхування тілесних ушкоджень внаслідок нещасного випадку <i>(вказіть бажані умови страхування)</i> Страхова сума _____ грн, страховий внесок _____ грн Строк дії ризику _____ років <input type="checkbox"/> Смертельно-небезпечні захворювання <i>(вказіть бажані умови страхування)</i> Страхова сума _____ грн, страховий внесок _____ грн Строк дії ризику _____ років <u>До Заяви додаю:</u> заповнену «Андеррайтингову (медичну) анкету»; копію квитанції про сплату страхового внеску.
<input type="checkbox"/> Зміна страхового покриття за програмою «Здоров'я»	<input type="checkbox"/> Страхування тілесних ушкоджень внаслідок нещасного випадку <i>(вказіть бажані умови страхування)</i> Страхова сума _____ грн, страховий внесок _____ грн Строк дії ризику _____ років <input type="checkbox"/> Смертельно-небезпечні захворювання <i>(вказіть бажані умови страхування)</i> Страхова сума _____ грн, страховий внесок _____ грн Строк дії ризику _____ років <u>До Заяви додаю:</u> заповнену «Андеррайтингову (медичну) анкету» (якщо внаслідок проведених змін страхове покриття збільшиться); копію квитанції про сплату страхового внеску.
<input type="checkbox"/> Виключення ризиків за програмою «Здоров'я»	<input type="checkbox"/> Страхування тілесних ушкоджень внаслідок нещасного випадку <input type="checkbox"/> Смертельно-небезпечні захворювання <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; background-color: #f0f0f0; margin-top: 5px;">Якщо виключення ризиків призведе до дострокового припинення дії Договору за програмою «Здоров'я», прохання заповнити Заяву на дострокове припинення дії договору.</div>

Письмову відповідь на цю заяву (додаток до Договору*) та всю подальшу кореспонденцію бажаю отримувати в електронному вигляді на мою електронну пошту, що міститься в базі даних Страховика.

*У разі оформлення електронного додатку до Договору Страхувальник дає згоду на використання Страховиком факсимільного відтворення підпису Страховика (його уповноваженої особи) та відтиску його печатки за допомогою засобів механічного, електронного або іншого копіювання як аналога власноручних підпису та відтиску печатки. З Договором-пропозицією про використання факсимільного відтворення підпису ознайомився на сайті Страховика gli.com.ua. Ця заява та додаток до Договору вважатимуться додатковою угодою, що є невід'ємною частиною Договору.

Страховальник:

Я підтверджую, що мої ідентифікаційні дані (паспортні дані, адреса реєстрації) не змінилися.

Я підтверджую, що мої ідентифікаційні дані змінилися.

Копію паспорта додаю.

Я є національним або іноземним публічним діячем чи діячем, що виконує політичні функції в міжнародних організаціях, або пов'язаною з ними особою.

Заповнений опитувальник додаю.

**Застрахована особа (батьки/піклувальники/опікуни
Застрахованої особи, якщо вона є неповнолітньою):
«Із запропонованими змінами згоден(-на)»**

_____/_____
(підпис) (ініціали та прізвище)

_____/_____
(підпис) (ініціали та прізвище)

Дата підписання:

--	--	--	--	--	--	--	--

Дата підписання:

--	--	--	--	--	--	--	--