



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 (поточного):

ПІБ _____

Адреса для листування _____

Телефон _____

**Заява на зміну Страхувальника
за Договором (-ами) добровільного страхування життя**

№

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

(номер Договору за основною програмою)
№

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

(номер Договору за додатковою програмою (за наявності))

Прошу протягом 30 календарних днів з дати реєстрації цієї заяви або в річницю дії Договору (-ів), якщо за основним Договором передбачена опція «Звільнення Страхувальника від сплати внесків» та/або страховий випадок «Смерть Страхувальника», змінити Страхувальника за Договором (-ами).

ПІБ нового Страхувальника

Дата народження

--	--

 .

--	--

 .

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

Паспорт серія _____ номер _____ виданий _____
дата видачі

--	--

 .

--	--

 .

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

РНОКПП

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

Адреса реєстрації: індекс

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

,

Адреса листування: індекс

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

,

Телефон _____

E-mail _____

До заяви додаються:

копія паспорта нового Страхувальника; копія РНОКПП нового Страхувальника;

(Власник документу на кожній сторінці копії документу повинен зробити напис:

«Згідно з оригіналом», вказати дату, свої ініціали та прізвище, та поставити власний підпис.)

☐ заповнена новим Страхувальником «Андеррайтингова (медична) анкета» (якщо за Договором передбачена опція «Звільнення Страхувальника від сплати внесків» та/або страховий випадок «Смерть Страхувальника»);

☐ Заява на зміну Вигодонабувачів (за необхідності).

☐ 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 (поточний):

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:
[][] . [][] . [][][][]

Новий Страховальник:

☐ 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.

Я ознайомлений(на) та погоджуюсь з Правилами добровільного страхування життя Страховика та умовами Програми страхування, які є невід'ємними частинами Договору (-ів) та розміщені на сайті Страховика gli.com.ua.
Поліс (-и) добровільного страхування життя отримав.

Надаю згоду відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» на збирання, обробку ТДВ «СК «ГЛІ» моїх персональних даних та передачу їх третім особам (додаткового повідомлення про таку передачу не вимагається) з метою виконання умов та супроводження Договору (-ів) страхування.

_____/_____
(підпис) (ініціали та прізвище)

Дата підписання:
[][] . [][] . [][][][]