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

№ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐ **Переведення Договору в повністю оплачений (редукування)**	*Беру до відома, що:* *за Договором буде здійснено перерахунок (зменшення) страхових сум за основними ризиками, виходячи з фактично сплачених страхових платежів;* *дію додаткових ризиків буде припинено.* **Зміна проводиться у річницю дії Договору після трьох оплачених років.**
☐ **Відновлення дії Договору**	☐ зі сплатою пропущених внесків ☐ без сплати пропущених внесків *Беру до відома, що:* *у разі відновлення дії договору без сплати пропущених внесків, страхові суми будуть зменшені.* *До заяви додаю:* *заповнену «Андеррайтингову (медичну) анкету».* **Зміна проводиться у річницю дії Договору.**

☐ **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.

Страхувальник:

☐ 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.

_____ / _____
(підпис) (ініціали та прізвище)

Дата підписання:
☐☐ . ☐☐ . ☐☐☐☐

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

_____ / _____
(підпис) (ініціали та прізвище)

Дата підписання:
☐☐ . ☐☐ . ☐☐☐☐