



Страховання  
життя

Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «ПЗУ Україна страхування життя»  
Центральний офіс

Додаток 9  
до Інструкції про порядок внесення змін  
до діючих договорів добровільного страхування життя  
за ініціативою Страховальників – фізичних осіб

**припинення сплати внесків (редукування)**

## ЗАЯВА

про внесення змін до діючого Договору добровільного страхування життя

**Я, Страховальник:**

<b>Договір добровільного страхування життя</b>		№ _____	від «___» _____ 20__ р.
<b>СТРАХУВАЛЬНИК</b>	_____ <i>прізвище, ім'я, по батькові</i>		
Дата народження	«___» _____ р.	Реєстраційний (ідентифікаційний номер)	_____
Телефон	(____)	Електронна адреса (e-mail)	_____
Адреса реєстрації	_____ <i>вулиця, будинок, квартира, населений пункт, район, область, індекс</i>		
Адреса для листування	_____ <i>вулиця, будинок, квартира, населений пункт, район, область, індекс</i>		
Місце роботи, професія, посада		Посадові обов'язки (виконувана робота)	
<b>ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА</b>	_____ <i>прізвище, ім'я, по батькові</i>		
Дата народження	«___» _____ р.	Реєстраційний (ідентифікаційний номер)	_____
Адреса реєстрації	_____ <i>вулиця, будинок, квартира, населений пункт, район, область, індекс</i>		
Місце роботи, професія, посада		Посадові обов'язки (виконувана робота)	

прошу з «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. зменшити розмір страхової суми за Договором добровільного страхування життя № \_\_\_\_\_ від «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. в зв'язку з припиненням мною подальшої сплати страхових внесків за цим Договором.

До Заяви додаю наступні документи:

- \* Засвідчену копію паспорта Страховальника: копії 1-2 сторінок, 3-6 сторінок (у разі наявності на них відміток) та сторінки з відміткою про реєстрацію останнього місця проживання АБО копії лицевої та зворотної сторін паспорта, виготовленого у формі ID-картки, та довідки з Єдиного державного демографічного реєстру про реєстрацію місця проживання.
- \* Засвідчену копію довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків (ІПН) Страховальника. У разі, якщо особа відмовилася від прийняття ІПН – копія відповідної сторінки паспорта.

\* **УВАГА: Правила засвідчення копій документів! Власник документу на кожній сторінці копії документу має власноруч зробити напис «Згідно з оригіналом», зазначити дату, свої прізвище та ініціали та поставити власний підпис.**

### Декларація Страховальника. Декларація Застрахованої особи

Даю згоду на обробку моїх персональних даних у розумінні Закону України «Про захист персональних даних» Страховиком з метою провадження ним своєї страхової діяльності. Дана обробка може також здійснюватись будь-якими третіми особами (асистуючими компаніями, перестраховиками, іноземними суб'єктами відносин, пов'язаних із персональними даними, та ін.), яким Страховик надав таке право згідно з законодавством України.

Зі змінами згодна,

Застрахована особа \_\_\_\_\_

Страховальник \_\_\_\_\_

*підпис*

*прізвище, ініціали*

*дата*