



Страховання
життя

Приватне акціонерне товариство "Страхова компанія "ПЗУ Україна страхування життя"
Центральний офіс

Додаток 8а
до Інструкції про порядок внесення змін
до діючих договорів добровільного страхування життя
за ініціативою Страхувальників – фізичних осіб,

зменшення розміру страхової суми

З А Я В А
про внесення змін до діючого Договору добровільного страхування життя

Я, Страхувальник:

Заповнюється Страхувальником			
Договір добровільного страхування життя	№ _____	від «__» _____ 20__ р.	
ПІБ повністю			
Дата народження	«__» _____ р.	Реєстраційний (ідентифікаційний) номер	<input type="text"/>
Паспорт або документ, що його замінює	_____ серії _____ № _____ від «__» _____ р. <small>назва документа</small>		<small>дата видачі</small>
	виданий _____ <small>назва органу, який видав документ</small>		
Адреса ¹	_____ <small>вулиця, будинок, квартира, населений пункт, район, область, індекс, телефон</small>		

¹ Місце проживання відповідно до паспорта або документа, що його замінює

Відповідно до наведеного нижче розрахунку

Діючий розмір загального страхового внеску за Договором відповідно до періодичності	Максимальний розмір зменшення страхового внеску - 25%	Максимально низький розмір загального страхового внеску за Договором, до якого можливе зменшення
<i>1</i>	<i>2 = 1 * 25%</i>	<i>3 = 1 - 2</i>

прошу з «__» _____ 20__ р. зменшити розміри страхових сум за основним та додатковим страхуванням, що будуть розраховані спеціалістом Страховика шляхом зменшення діючого розміру загального страхового внеску за Договором, який прошу встановити на рівні _____ відповідно до валюти та періодичності, встановленої у Договорі.

При цьому розумію, що розмір загального страхового внеску за Договором може бути зменшений не більше ніж на 25% від розміру загального страхового внеску, діючого на даний час, тому, у разі проведення мною неправильних розрахунків, прошу встановити новий розмір загального страхового внеску за Договором на максимально низькому рівні, до якого можливе зменшення.

Також розумію, що зменшення розміру страхового внеску можливе лише один раз протягом строку дії Договору.

Додатково повідомляю адресу для отримання кореспонденції та контактні телефони:

Адреса для отримання кореспонденції	_____ <small>вулиця, будинок, квартира, населений пункт, район, область, індекс, телефон</small>		
Контактний телефон	(____) _____, (____) _____	Електронна адреса	_____@_____

Із зменшенням розміру страхових сум погоджуюсь,

Застрахована особа

_____ Підпис

_____ Прізвище, ініціали

Страхувальник

_____ Підпис (МП)

_____ Прізвище, ініціали (посада уповноваженої особи)

«__» _____ 20__ р.

Відмітка про отримання Заяви:

Заяву отримав	Прізвище, ініціали (посада відповід.прац.)	Дата отримання	Підпис	Заяву надіслано до Центрального офісу	
				Дата	Підпис
Повірений					
Регіональна агенція у _____					