



Страховання
ЖИТТЯ

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

Доповнення 2 к Предложенію

Заява про внесення змін до діючого Договору страхування життя

Сплата страхових внесків наперед
ADVANCE

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	« ____ » _____	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>Індекс, область, район, населений пункт, вулиця, будинок, квартира</small>		
Контактний телефон	(____) _____	Адреса електронної пошти	_____ @ _____

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

прошу зарахувати страховий внесок, сплачений мною наперед за _____ страхові періоди, в рахунок оплати чергових страхових внесків за Договором та вважати мої зобов'язання щодо сплати страхових внесків за ці страхові періоди виконаними. Копія квитанції про сплату внеску додається.

При цьому я розумію, що умови страхування (в т.ч. розмір та періодичність сплати страхових внесків за страхові періоди, що залишились, розміри страхових сум за всіма програмами страхування) не змінюються.

ДЕКЛАРАЦІЯ Страхувальника

Я засвідчую, що всі відомості, зазначені мною у цій Заяві, є правдивими та повними. Я згоден, що вони будуть підставою для внесення змін до діючого Договору добровільного страхування життя.

Я даю згоду правоохоронним органам, банкам, лікувально-профілактичним закладам охорони здоров'я, іншим фізичним та/або юридичним особам надавати (поширювати) Страховику, з метою провадження ним страхової діяльності, мої персональні дані та інші відомості щодо стану мого здоров'я, факту та/або обставин настання страхового випадку. Даю згоду на обробку моїх персональних даних (в тому числі персональних даних Застрахованої особи та Вигодонабувачів) 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, яким Страховик надав таке право згідно з законодавством України.

Я розумію, що будь-які виплати за Договором здійснюються з урахуванням податків та/або зборів, передбачених законодавством України.

Страхувальник

_____ Підпис (МП)

_____ Прізвище, ініціали (посада уповноваженої особи)

« ____ » _____ 20__ р.

Відмітка про отримання Заяви:

Заяву отримує	Прізвище, ініціали (посада відповід.прац.)	Дата отримання	Підпис	Заяву надіслано до Центрального офісу	
				Дата	Підпис
Повірений					
Регіональне агентство у _____					