

от (Страхователь) _____
Ф.И.О.

_____ вид, серия, номер документа, удостоверяющего личность

_____ кем и когда выдан

от (Застрахованное лицо) _____
Ф.И.О.

_____ вид, серия, номер документа, удостоверяющего личность

_____ кем и когда выдан

ЗАЯВЛЕНИЕ

на продление срока действия Договора страхования по программам «Райффайзен Перспектива»

Прошу внести следующие изменения в Договор страхования № _____ от _____

1. ИЗМЕНЕНИЕ ЛИЧНЫХ ДАННЫХ:

Ф.И.О. Страхователя: _____Документ,
удостоверяющий
личность:

_____	_____	_____	_____	_____
тип	серия	номер	дата выдачи	код подразделения
_____ кем выдан				

Гражданство: _____

Второе гражданство: _____

Налоговый резидент в: _____

Место жительства
(регистрации):

_____ индекс, государство, город, улица, дом, корпус, строение, квартира

Место пребывания
(если отличается):

_____ индекс, государство, город, улица, дом, корпус, строение, квартира

Миграционная карта:

_____	_____	_____
серия	номер	дата выдачи
_____	_____	_____
дата начала срока пребывания	дата окончания срока пребывания	
_____ кем выдан		

Документ,
подтверждающий
право иностранного
гражданина или лица
без гражданства на
пребывание в РФ:

_____	_____	_____	_____
тип документа	серия	номер	дата выдачи
_____	_____	_____	_____
дата начала срока действия	дата окончания срока действия		
_____ кем выдан			

Налоговый статус
налогоплательщика США:ДА НЕТ Идентификационные
данные для граждан и
налогоплательщиков
США:

Номер соц. страхования (SSN):	_____
ID:	_____
ИНН (TIN):	_____

Контактные данные:

_____	_____
телефон домашний с кодом города и страны / оператора	телефон мобильный с кодом города и страны / оператора

**Ф.И.О. Застрахованного
лица:** _____Документ,
удостоверяющий
личность:

_____	_____	_____	_____	_____
тип	серия	номер	дата выдачи	код подразделения
_____ кем выдан				

Гражданство: _____

Второе гражданство: _____

Налоговый резидент в: _____

Место жительства
(регистрации):

_____ индекс, государство, город, улица, дом, корпус, строение, квартира

Место пребывания
(если отличается):

_____ индекс, государство, город, улица, дом, корпус, строение, квартира

Миграционная карта:

_____	_____	_____
серия	номер	дата выдачи
_____	_____	_____
дата начала срока пребывания	дата окончания срока пребывания	
_____ кем выдан		

Документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в РФ:

тип документа	серия	номер	дата выдачи
дата начала срока действия		дата окончания срока действия	

Налоговый статус налогоплательщика США:

ДА НЕТ

кем выдан

Идентификационные данные для граждан и налогоплательщиков США:

Номер соц. страхования (SSN):

ID:

ИНН (TIN):

Контактные данные:

телефон домашний с кодом города и страны / оператора

телефон мобильный с кодом города и страны / оператора

2. ИЗМЕНЕНИЕ ТЕКУЩЕЙ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ НА (Выберите новую программу страхования):

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> «Райффайзен Перспектива. Программа №1»
Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования.
Смерть Застрахованного лица. | <input type="checkbox"/> «Райффайзен Перспектива. Программа №3»
Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования.
Смерть Застрахованного лица.
Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая.
Инвалидность Застрахованного лица I группы. |
| <input type="checkbox"/> «Райффайзен Перспектива. Программа №2»
Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования.
Смерть Застрахованного лица. | |

3. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА

Освобождение от уплаты страховых взносов / Защита страхового взноса

Включить Исключить

4. ИЗМЕНЕНИЕ ВАЛЮТЫ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ:

на Рубли РФ на Евро на Доллары США

5. ИЗМЕНЕНИЕ ПЕРИОДИЧНОСТИ ОПЛАТЫ ВЗНОСОВ:

ежемесячно ежеквартально раз в полгода ежегодно единовременно

6. ИЗМЕНЕНИЕ ДАННЫХ О ХОББИ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА:

Напишите, пожалуйста, вид, частоту и интенсивность занятий спортом или иным опасным видом деятельности.

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ ПУНКТ

7. ИЗМЕНЕНИЕ СТРАХОВОЙ СУММЫ / СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ ПО ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ

ВЫБРАТЬ ОДИН ИЗ ВАРИАНТОВ:

а) Страховую сумму:
 Оставить без изменения Увеличить до: Уменьшить до:

(укажите страховую сумму в валюте Договора страхования)*

б) Страховую премию:
 Оставить без изменения Увеличить до: Уменьшить до:

(укажите страховую сумму в валюте Договора страхования)*

8. ПРОДЛЕНИЕ СРОКА ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ НА ЛЕТ **

* Если были внесены изменения в п.4, то укажите сумму в новой валюте Договора страхования.

** Максимальный возраст Застрахованного лица по пролонгированному Договору страхования не может превышать 65 лет на дату окончания срока действия пролонгированного Договора страхования.

Срок действия Договора страхования, условия которого предусматривают единовременную оплату страховой премии, может быть продлен на период от 1 года.

Срок действия Договора страхования, условия которого предусматривают периодическую оплату страховой премии, может быть продлен только на целое число лет, но не менее, чем на 3 года.

Подписывая настоящее Заявление я, _____

- подтверждаю, что я не являюсь иностранным публичным должностным лицом (далее - ПДЛ), супругом, близким родственником ПДЛ (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии), полнородными и неполнородными (имеющим общих отца или мать) братьями и сестрами, усыновителями и усыновленными) и не действую от имени указанных лиц;

ДА НЕТ Подробнее

- подтверждаю, что я не являюсь должностным лицом публичных международных организаций, а также лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета Директоров Центрального Банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном Банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

ДА НЕТ Подробнее

- я даю свое согласие на предоставление моих персональных данных и информации о моем доходе в налоговую службу США.

ДА НЕТ

Я понимаю и согласен/согласна с тем, что: порядок, условия и дата изменения Договора страхования согласно по п.п. 2-7 настоящего Заявления будут согласованы между мною и Страховщиком в соглашении об изменении Договора страхования.

_____	_____	« _____ » _____ 20__ г.
Ф.И.О. Страхователя	подпись	
_____	_____	« _____ » _____ 20__ г.
Ф.И.О. Застрахованного лица	подпись	