



от Ф. И. О.

ДОКУМЕНТ,  
УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ  
ЛИЧНОСТЬ /  /  г.

тип

серия

номер

дата выдачи

кем выдан, код подразделения

ГРАЖДАНСТВО

ВТОРОЕ  
ГРАЖДАНСТВО

РЕЗИДЕНТ РФ

НЕРЕЗИДЕНТ РФ

ИНН/TIN

SSN

ID

КОНТАКТНЫЙ  
ТЕЛЕФОНАДРЕС  
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ

## Заявление

на изменение условий Договора страхования по программам «Райффайзен Киндер»

Прошу внести следующие изменения в Договор страхования №  от  /  /  г. .

Изменение текущей программы страхования на (выберите новую программу страхования)

«Райффайзен Киндер. Программа №1»

Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования.  
Смерть Застрахованного лица (с отсроченной единовременной выплатой).

«Райффайзен Киндер. Программа №2»

Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования.  
Смерть Застрахованного лица (с отсроченной единовременной выплатой).  
Инвалидность Застрахованного лица I группы (освобождение от уплаты страховых взносов по Договору страхования).

Изменение периодичности оплаты взносов\*\*:

ежемесячно

ежеквартально

раз в полгода

ежегодно

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ ПУНКТ



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 премию в валюте Договора страхования)

Я понимаю и согласен/согласна с тем, что: порядок, условия и дата изменения Договора страхования в настоящем Заявлении будут согласованы между мною и Страховщиком в соглашении об изменении Договора страхования.

Я понимаю и согласен с тем, что в случае уменьшения размера страховой премии, уплачиваемой за полисный год, до 60 000 р. подключенные при заключении Договора страхования дополнительные сервисы («Налоговый вычет» и/или «Телемедицина») не предоставляются с даты внесения соответствующих изменений в Договор страхования.

Изменение индексации\*:  Включить  Исключить

Ф. И. О. Застрахованного лица

подпись

дата

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

\*\* Если были внесены изменения, обязательно укажите размер страховой премии/страховой суммы исходя из новой периодичности оплаты.

\*\*\* Размер страховой премии, уплачиваемой Страхователем за полисный год, может быть уменьшен до 60 000 р.