

Агент \_\_\_\_\_ К.Н. \_\_\_\_\_

### Заявление на Изменение в условиях договора/полиса страхования

Договор/полис № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Вид страхования: \_\_\_\_\_

Страхователь : \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

телефон: дом : \_\_\_\_\_ раб \_\_\_\_\_ моб \_\_\_\_\_

Застрахованное лицо: \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

- Я прошу произвести следующее (-ие) изменение (-ия) с \_\_\_\_\_ (число, месяц, год)  
Замена страхователя / изменение адреса местожительства страхователя (нужное подчеркнуть)  
Сведения о новом страхователе /о новом адресе местожительства страхователя  
Ф.И.О \_\_\_\_\_ РНН \_\_\_\_\_  
Постоянный адрес \_\_\_\_\_

(почтовый индекс, название области, города, села, улицы, микрорайона, номер дома, квартиры)

Номер телефона: дом \_\_\_\_\_ раб \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
( код города, населенного пункта ) ( код города, населенного пункта )

- Увеличение / уменьшение страхового взноса (датой изменения будет считаться дата (нужное подчеркнуть) очередного платежа по графику).  
С \_\_\_\_\_ тенге до \_\_\_\_\_ тенге, периодичность оплаты \_\_\_\_\_
- Включить / исключить дополнительное страхование по риску смерти в результате несчастного (нужное подчеркнуть) случая (датой изменения будет считаться дата очередного платежа по графику).
- Включить / исключить дополнительное страхование по инвалидности в результате (нужное подчеркнуть) несчастно случая ( датой изменения будет считаться дата очередного платежа по графику).
- Включить / исключить дополнительное страхование по травме в результате несчастного (нужное подчеркнуть) случая ( датой изменения будет считаться дата очередного платежа по графику).  
Страховая сумма по Таблице выплат по телесным Травмам \_\_\_\_\_ тенге.  
При включении даю согласие на присоединение к Правилам добровольного аннуитетного страхования с участием в прибыли АО «КСЖ «Астана — финанс».
- Перевод полиса в Оплаченный – освобождение от уплаты дальнейших взносов и исключение всех видов дополнительного страхования ( при наличии уменьшенной страховой суммы на дату изменения).
- Изменение лиц, назначаемых Выгодоприобретателями;  
Сведения о новом (-ых) выгодоприобретателе (-ях);  
(В период накоплений) (В период выплат)
1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_ 2. Ф.И.О \_\_\_\_\_  
Постоянный адрес \_\_\_\_\_ Постоянный адрес \_\_\_\_\_

(почтовый индекс, название области, города, села, улицы, микрорайона, номер дома, квартиры)

Процент от суммы выплат \_\_\_\_\_ Процент от суммы выплат \_\_\_\_\_  
Данные документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_ Данные документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_  
(свидетельство о рождении, уд. личности / паспорт)

При замене выгодоприобретателя (-ей), аналогичные данные, указанные в заявлении на страховании аннулируются. Если назначаются дополнительные лица для получения страховой выплаты, укажите на отдельном листе.

#### ОБЯЗАТЕЛЬНО!

\*Приложите оригинал страхового полиса (кроме случая если производится замена выгодоприобретателя (-ей));

\*Копии документов уд. личности и РНН при любых изменениях (включая изменения страхователя, выгодоприобретателя (- ей)).

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

В случае изменения страхователя и/или выгодоприобретателя (- ей)  
Подпись нового страхователя \_\_\_\_\_