

**Зміна страхувальника  
(фізична або юридична особа)**

<b>Договір страхування життя №:</b>			
Я, страхувальник, П.І.Б. (назва підприємства)			
Фактична адреса проживання: (перебування)			
Номер телефону:		E-mail:	
Підпис, (печатка) дата			

Прошу з « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ **20\_\_ року** передати всі права та обов'язки Страхувальника за вказаним вище полісом добровільного страхування життя наступній особі (підприємству):

П.І.Б. (назва підприємства)			
Фактична адреса проживання: (перебування)			
Номер телефону:		E-mail:	
Родинний зв'язок із Застрахованим:			
Сфера діяльності / Місце роботи, посада (для держслужбовців – категорію посад):			
Я є <b>національним</b> або <b>іноземним публічним діячем*</b> ; або пов'язаною з ними особою*:	якщо <b>Так</b> - вказати відношення до таких осіб та дані про діяча: (П.І.Б., громадянство, публічні функції особи). *Перелік діячів та пов'язаних з ними осіб розміщено на сайті: <a href="http://www.grawe.ua">www.grawe.ua</a> . <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так _____		
Характер майбутніх ділових відносин:	<input checked="" type="checkbox"/> Постійні відносини	<input type="checkbox"/> Одноразова операція	
Фінансовий стан (передбачуваний місячний дохід)	<input type="checkbox"/> до 5 000,00 грн <input type="checkbox"/> 5 000,00-10 000,00 грн	<input type="checkbox"/> 10 000-30 000,00 грн <input type="checkbox"/> Більше 30 000,00 грн	
Підпис, (печатка) дата			

**УВАГА!** До заяви необхідно додати **копії сторінок паспорта (всі сторінки, де є відмітки) та картки фізичної особи – платника податків** нового Страхувальника. Для юридичних осіб: **статутні документи підприємства.**

Новий Страхувальник приймає на себе права та обов'язки, передбачені зазначеним вище Договором страхування життя. З Правилами добровільного страхування життя Страховика ознайомлений(а). Поліс отримав(ла). Надає згоду на отримання від Страховика СМС-повідомлень будь-якої тематики, що не суперечить нормам чинного законодавства України.

У разі **смерті** застрахованої особи вигодонабувачами призначити:

П.І.Б	Дата народження	Спорідненість

У разі **дожиття** застрахованої особи вигодонабувачами призначити:

П.І.Б	Дата народження	Спорідненість

**Із вищезазначеними змінами згоден:**

П.І.Б., підпис застрахованої особи \_\_\_\_\_