



ПрАТ «СК «КД Життя»

Департамент обслуговування клієнтів

01135, м. Київ, вул. Полтавська, буд. 10

Тел.: 0 800 305 999

Email: info@kd-life.com.ua

_____ (прізвище та ініціали Страхувальника)

_____ адреса: поштовий індекс, країна, область/район, населений пункт,

_____ вулиця, будинок №, квартира №

документ, що посвідчує особу:

паспорт: № (серія) _____

Ідентифікаційний номер: _____

_____ контактний телефон

_____ електронна адреса

**ЗАЯВА ПРО ВИЛУЧЕННЯ
ДОДАТКОВИХ ПРОГРАМ СТРАХУВАННЯ**
за Договором/Заявою на страхування № _____ від ____ . ____ . _____

Я, _____, (прізвище та ініціали Страхувальника)

виступаючи Страхувальником за (потрібно підкреслити) договором/заявою на страхування життя № _____, прошу вилучити додаткові програми страхування:

- Звільнення від сплати страхової премії/Захист страхової премії;
- Страхування на випадок критичного захворювання, Варіант А, 7 захворювань;
- Страхування на випадок критичного захворювання, Варіант Г, 12 захворювань;
- Тілесні ушкодження унаслідок нещасного випадку (за Таблицею тілесних ушкоджень);
- Інвалідність незалежно від причини, Варіант А (І або ІІ група);
- Інвалідність унаслідок нещасного випадку, Варіант Б (І, ІІ або ІІІ група);
- Встановлення категорії дитина-інвалід внаслідок нещасного випадку;
- Смерть Застрахованого унаслідок нещасного випадку;
- Смерть Застрахованого унаслідок дорожньо-транспортної пригоди;
- Госпіталізація внаслідок нещасного випадку;
- Сирітство.

Додаткова інформація: _____

Дата « » _____ 202_ р.

..... /
підпис прізвище та ініціали Страхувальника

«Із запропонованими змінами згоден/а»

..... /
підпис прізвище та ініціали Страхувальника