



## Заявление о внесении изменений в Договор пожизненного страхования

Дата приёма заявления « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.      Ф.И.О. сотрудника \_\_\_\_\_

Отдел сопровождения       Офис продаж (только штатным сотрудником)      Подпись \_\_\_\_\_

Страховой полис/Договор №

Страхователь: от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Фамилия

Имя       Отчество

**Прошу внести следующие изменения в Договор страхования:**

Изменить Ф.И.О.       Страхователя       Застрахованного лица       Выгодоприобретателя

**С:** Фамилия

Имя       Отчество

**На:** Фамилия

Имя       Отчество

Изменить документ, удостоверяющий личность       Страхователя       Застрахованного лица       Выгодоприобретателя

Паспорт       Иной документ:

Серия       Номер       Дата выдачи « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.       -

Код подразделения

Выдан \_\_\_\_\_  
наименование государственного органа РФ, выдавшего документ

Изменить почтовый адрес по месту проживания       Страхователя       Застрахованного лица       Выгодоприобретателя

индекс      \_\_\_\_\_ почтовый адрес

Изменить контактные данные Страхователя      Тел. мобильный      8 -

E-mail  @       Телефон      8 -

Изменить       Добавить Выгодоприобретателя

**1. С:** Фамилия

Имя       Отчество

**На:** Фамилия

Имя       Отчество

Дата рождения    г.      Родственные отношения \_\_\_\_\_ Доля  %

**2. С:** Фамилия

Имя       Отчество

**На:** Фамилия

Имя       Отчество

Дата рождения    г.      Родственные отношения \_\_\_\_\_ Доля  %

Изменить вариант страхования с \_\_\_\_\_ варианта на \_\_\_\_\_ вариант, где:

**1 вариант:** возмещение расходов по погребению Застрахованного лица      **2 вариант:** страховая выплата

В случае, если у Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя изменилась фамилия, имя, отчество или документ, удостоверяющий личность, то к Заявлению необходимо приложить копии новых документов.

Страхователь \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
подпись      ФИО

Застрахованное лицо\* \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
подпись      ФИО

Представитель \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
Страховщика      подпись      ФИО

\*При замене Выгодоприобретателя подпись обязательна