

Прошу внести следующие изменения в Договор страхования:

- изменить стратегию инвестирования с _____ на _____
- изменить направление инвестирования с _____ на _____

Прошу внести следующие изменения в Договор страхования:

- Изменить Ф.И.О.** Страхователя Застрахованного лица

С: Фамилия _____
Имя _____ Отчество _____

На: Фамилия _____
Имя _____ Отчество _____

- Изменить документ, удостоверяющий личность** Страхователя Застрахованного лица

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

_____ 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 _____ %

ВАЖНО: Указанные выше изменения производятся в даты осуществления ребалансировки: 5 и 20 числа месяца при условии получения заявления ответственным представителем ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» минимум за 3 рабочих дня до дат ребалансировки.

Реквизиты Страхователя для безналичного перевода:

Название отделения Банка _____

ИНН _____

Расчетный счёт _____

Корреспондентский счёт _____

БИК _____

Лицевой счёт получателя _____

Ф.И.О. Страхователя _____

Ф.И.О. _____

Страхователь _____ / _____ Дата «____» _____ 20__ г.
подпись _____ Ф.И.О.

Застрахованное лицо* _____ / _____ Дата «____» _____ 20__ г.
подпись _____ Ф.И.О.

Представитель _____ / _____ Дата «____» _____ 20__ г.
Страховщика _____ подпись _____ Ф.И.О.

*При замене Выгодоприобретателя подпись обязательна