



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  %

Страхователь \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
подпись Ф.И.О.

Застрахованное лицо\* \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
подпись Ф.И.О.

\*При замене Выгодоприобретателя подпись обязательна