



## Заявление о внесении изменений в Договор страхования жизни по программам «Управление капиталом+»

Дата приёма заявления «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Ф.И.О. сотрудника \_\_\_\_\_

Отдел сопровождения

Офис продаж (только штатным сотрудником)

Подпись \_\_\_\_\_

Страховой полис/Договор №

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Страхователь:**

Фамилия

Имя  Отчество

**Документ, удостоверяющий личность:**

Паспорт  Иной документ:

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

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

Мобильный телефон 8 -

Телефон 8 -

Адрес электронной почты (e-mail)

Подтверждаю отсутствие адреса электронной почты

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

увеличить размер страховой суммы и зафиксировать весь накопленный инвестиционный доход

изменить направление инвестирования с \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_

**ВАЖНО:** Указанные выше изменения производятся 10 и 25 числа каждого месяца, при условии получения заявления ответственным представителем ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» минимум за 3 рабочих дня до указанных дат.

Страхователь \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись ф.и.о.

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Представитель  
Страховщика \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись ф.и.о.

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**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, выдавшего документ

**Гражданство** \_\_\_\_\_

**Изменить адрес места регистрации**  Страхователя  Застрахованного лица

\_\_\_\_\_ индекс \_\_\_\_\_  
Страна, республика, край, область, АО, район, город, поселок, деревня, село, улица, дом, корпус, квартира

**Изменить почтовый адрес по месту проживания**  Страхователя  Застрахованного лица

\_\_\_\_\_ индекс \_\_\_\_\_  
Страна, республика, край, область, АО, район, город, поселок, деревня, село, улица, дом, корпус, квартира

**Изменить / Добавить Выгодоприобретателя**

**1. С:** Фамилия \_\_\_\_\_  
Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_

**На:** Фамилия \_\_\_\_\_  
Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_

Дата рождения «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Родственные отношения \_\_\_\_\_ Доля \_\_\_\_\_ %

**2. С:** Фамилия \_\_\_\_\_  
Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_

**На:** Фамилия \_\_\_\_\_  
Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_

Дата рождения «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Родственные отношения \_\_\_\_\_ Доля \_\_\_\_\_ %

**Настоящим подтверждаю, что:**

Не являюсь публичным должностным лицом (ПДЛ)\*, а также супругом (супругой) / ближайшим родственником ПДЛ

Не имею иного гражданства, вида на жительство в ином государстве, кроме Российской Федерации

Не являюсь налоговым резидентом иного государства, кроме Российской Федерации

Не являюсь налогоплательщиком США согласно FATCA

Если какое-либо из приведенных выше утверждений неверно – в обязательном порядке заполняются соответствующие разделы формы «Анкета для указания дополнительных сведений по иностранным гражданам и несоответствию дисклеймерам».

В случае подписания заявления представителем клиента необходимо дополнительно заполнить форму «Анкета физического лица – представителя / бенефициарного владельца».

\* Под публичными должностными лицами подразумеваются как российские публичные должностные лица (РПДЛ), так и иностранные публичные должностные лица (ИПДЛ) и должностные лица публичной международной организации (МПДЛ).

Я подтверждаю, что указанные мной контактные и паспортные данные актуальны и соответствуют действительности. Прошу актуализировать их во всех договорах, заключенных в компании.

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

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

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