



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 _____

Документ, удостоверяющий личность:

Паспорт Иной документ: _____

Серия _____ Номер _____ Дата выдачи «___» _____ 20__ г. _____ - _____

Код подразделения

Выдан _____

наименование государственного органа, выдавшего документ

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, выдавшего документ

Гражданство _____

Изменить адрес места регистрации Страхователя Застрахованного лица Выгодоприобретателя

индекс

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

Изменить почтовый адрес по месту проживания Страхователя Застрахованного лица Выгодоприобретателя

индекс

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

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 _____ / _____
подпись Ф.И.О.

Дата «___» _____ 20__ г.

Застрахованное лицо* _____ / _____
подпись Ф.И.О.

Дата «___» _____ 20__ г.

Представитель
Страховщика _____ / _____
подпись Ф.И.О.

Дата «___» _____ 20__ г.

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.

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 несоответствии 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 _____ / _____
подпись Ф.И.О.

Дата «___» _____ 20__ г.

Застрахованное лицо** _____ / _____
подпись Ф.И.О.

Дата «___» _____ 20__ г.

Представитель
Страховщика _____ / _____
подпись Ф.И.О.

Дата «___» _____ 20__ г.

** При замене Выгодоприобретателя подпись обязательна