



## 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