КАПИТАЛ LIFE
СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ

Заявление о внесении изменений в программу «Живой процент»

Дата приёма заявления «____»__________________20____г.   ФИО сотрудника_______________________________

☐ Отдел сопровождения   ☐ Офис продаж (только штатным сотрудником)   Подпись________________

Страховой полис/Договор № ________________________________

от «____»__________________20____г.

Страхователь:

Фамилия ________________________________

Имя ____________________ **Отчество** ____________________

Мобильный телефон 8- __________ **Телефон** 8- __________

Адрес электронной почты (e-mail) ________________________________

☐ Подтверждаю отсутствие адреса электронной почты

Прошу внести следующие изменения в Договор страхования:

☐ **Изменить ФИО**   ☐ 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.

Выдан ____

наименование государственного органа РФ, выдавшего документ

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

________ ____

индекс   почтовый адрес

☐ **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 ______ %

Прошу внести следующие финансовые изменения в Договор страхования:

☐ оставить после снятия _____ руб.

☐ снять _____ руб.

☐ установить тип процентной ставки на процентный период, следующий за текущим

☐ переменная ☐ постоянная

☐ увеличить размер страховой суммы на _____ руб. _____ руб.
сумма цифрами сумма прописью

☐ изменить срок действия Договора страхования / установить дату завершения Договора «____»_____20___г.

Реквизиты Страхователя для безналичного перевода:

Название отделения Банка _____

ИНН ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Расчетный счёт ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Корреспондентский счёт ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

БИК ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Лицевой счёт получателя ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ФИО Страхователя _____
ФИО

В случае, если у Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя изменилась фамилия, имя, отчество или документ, удостоверяющий личность, то к Заявлению необходимо приложить копии новых документов.

Страхователь _____/_____ Дата «____»_____20___г.
подпись ФИО

Застрахованное лицо* _____/_____ Дата «____»_____20___г.
подпись ФИО

Агент _____/_____ Дата «____»_____20___г.
подпись ФИО

*При замене Выгодоприобретателя подпись обязательна