

## Заявление о внесении изменений в договор пожизненного страхования

Дата приема заявления « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.      ФИО сотрудника \_\_\_\_\_

Отдел сопровождения       Офис продаж (только штатным сотрудником)      Подпись \_\_\_\_\_

Страховой полис/договор № \_\_\_\_\_

Страхователь: от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_      Отчество \_\_\_\_\_

### 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 контактные данные Страхователя      Тел. мобильный 8 - \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_      Телефон 8 - \_\_\_\_\_

Изменить       Добавить Выгодоприобретателя

**1. С:** Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_      Отчество \_\_\_\_\_

**На:** Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_      Отчество \_\_\_\_\_

Родственные отношения \_\_\_\_\_      Доля \_\_\_\_\_ %

**2. С:** Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_      Отчество \_\_\_\_\_

**На:** Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_      Отчество \_\_\_\_\_

Родственные отношения \_\_\_\_\_      Доля \_\_\_\_\_ %

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.

Страхователь \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
подпись      ФИО

Застрахованное лицо\* \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
подпись      ФИО

Агент \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
подпись      ФИО

\*При замене выгодоприобретателя подпись обязательна