

В ООО «СК «Райффайзен Лайф»

от \_\_\_\_\_  
Ф.И.О.\_\_\_\_\_  
вид, серия, номер документа, удостоверяющего личность\_\_\_\_\_  
кем и когда выдан**ЗАЯВЛЕНИЕ**на изменение данных в Договоре добровольного медицинского страхования  
на случай наступления Смертельно опасного заболевания

Прошу внести следующие изменения в Договор страхования № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

**1. ИЗМЕНЕНИЕ ДАННЫХ : СТРАХОВАТЕЛЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Заполняются только измененные данные.

Причина изменения: \_\_\_\_\_

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_

Ф.И. латиницей: \_\_\_\_\_

Гражданство: \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_  
тип серия номер дата выдачи код подразделения

кем выдан

Миграционная карта: \_\_\_\_\_

серия

номер

дата выдачи

дата начала срока пребывания

дата окончания срока пребывания

кем выдан

Место жительства (регистрации): \_\_\_\_\_

почтовый индекс, страна, адрес

Место пребывания: \_\_\_\_\_

почтовый индекс, страна, адрес

Контактные данные: \_\_\_\_\_

телефон домашний

телефон мобильный

адрес электронной почты

**2. ДРУГИЕ ИЗМЕНЕНИЯ:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. Страхователя\_\_\_\_\_  
подпись

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. Застрахованного лица\_\_\_\_\_  
подпись

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.