



Заявление на изменение данных в Договоре страхования

Прошу внести следующие изменения в Договоры страхования

№ от / / г., № от / / г. Изменение персональных данных Страхователя Застрахованного лицаФ. И. О. ПРЕДЫДУЩИЕ
Ф. И. О.

Заполняются только измененные данные:

ДОКУМЕНТ,
УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ
ЛИЧНОСТЬ тип серия номер / / г. дата выдачи
кем выдан, код подразделенияГРАЖДАНСТВО ВТОРОЕ
ГРАЖДАНСТВО РЕЗИДЕНТ РФ НЕРЕЗИДЕНТ РФ ИНН/TIN SSN ID АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ государство регион/населенный пункт
адрес, включая почтовый индексАДРЕС ПРЕБЫВАНИЯ
(если отличается) государство регион/населенный пункт
адрес, включая почтовый индексКОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ адрес электронной почты / + / / телефон мобильный (с указанием оператора)


Для иностранных граждан и лиц без гражданства:

МИГРАЦИОННАЯ КАРТА серия номер
 / / г. дата начала срока пребывания / / г. дата окончания срока пребыванияДОКУМЕНТ,
ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ
ПРАВО ИНОСТРАННОГО
ГРАЖДАНИНА ИЛИ ЛИЦА
БЕЗ ГРАЖДАНСТВА НА
ПРЕБЫВАНИЕ В РФ тип серия номер
 / / г. дата начала срока действия / / г. дата окончания срока действия
права пребывания (проживания) права пребывания (проживания) Изменение данных выгодоприобретателя (-ей)

Изложите перечень Выгодоприобретателей в новой редакции:

1. Доля % РОДСТВЕННАЯ СВЯЗЬ ДАТА РОЖДЕНИЯ / / г.Ф. И. О. тип серия номер / / г. дата выдачиДОКУМЕНТ,
УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ
ЛИЧНОСТЬ
кем выдан, код подразделения

2.	доля	<input type="text"/>	% РОДСТВЕННАЯ СВЯЗЬ	<input type="text"/>	ДАТА РОЖДЕНИЯ	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	г.		
Ф. И. О.													
ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ													
		<input type="text"/>	<i>тип</i>	<input type="text"/>	<i>серия</i>	<input type="text"/>	<i>номер</i>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	г.
кем выдан, код подразделения													
3.	доля	<input type="text"/>	% РОДСТВЕННАЯ СВЯЗЬ	<input type="text"/>	ДАТА РОЖДЕНИЯ	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	г.		
Ф. И. О.													
ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ													
		<input type="text"/>	<i>тип</i>	<input type="text"/>	<i>серия</i>	<input type="text"/>	<i>номер</i>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	г.
кем выдан, код подразделения													
4.	доля	<input type="text"/>	% РОДСТВЕННАЯ СВЯЗЬ	<input type="text"/>	ДАТА РОЖДЕНИЯ	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	г.		
Ф. И. О.													
ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ													
		<input type="text"/>	<i>тип</i>	<input type="text"/>	<i>серия</i>	<input type="text"/>	<i>номер</i>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	г.
кем выдан, код подразделения													

 Другие изменения

Являетесь ли Вы иностранным публичным должностным лицом, супругом (-ой) или близким родственником такого лица, или должностным лицом публичных международных организаций, или лицом, замещающим (занимающим) государственную должность РФ, должность члена Совета директоров Центрального банка РФ, должность федеральной государственной службы, назначение на которую и освобождение от которой осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должность в Центральном банке РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенную в перечни должностей, определяемые Президентом РФ?

ДА (заполните поля ниже) НЕТ

ДОЛЖНОСТЬ	<input type="text"/>	НАИМЕНОВАНИЕ РАБОТОДАТЕЛЯ	<input type="text"/>			
АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ	<input type="text"/>					
СТЕПЕНЬ РОДСТВА/СТАТУС	<input type="text"/>					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	г.
<i>Ф. И. О. Страхователя</i>	<i>подпись</i>	<i>дата</i>				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	г.
<i>Ф. И. О. Застрахованного лица</i>	<i>подпись</i>	<i>дата</i>				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	г.
<i>Представитель АО «Райффайзенбанк»</i>	<i>подпись</i>	<i>дата</i>				