



от Ф. И. О.

ДОКУМЕНТ,
УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ
ЛИЧНОСТЬ

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>тип</i>	<i>серия</i>	<i>номер</i>	<i>дата выдачи</i>	<i>г.</i>

*кем выдан, код подразделения*КОНТАКТНЫЙ
ТЕЛЕФОНАДРЕС
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ

Заявление

на внесение изменений в Договор страхования

Прошу внести следующие изменения в Договор страхования № от / / г. Изменение персональных данных Страхователя Застрахованного лица

Ф. И. О.

ПРЕДЫДУЩИЕ
Ф. И. О. Заполняются только измененные данныеДОКУМЕНТ,
УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ
ЛИЧНОСТЬ

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>тип</i>	<i>серия</i>	<i>номер</i>	<i>дата выдачи</i>	<i>г.</i>

кем выдан, код подразделения

АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>государство</i>	<i>регион/населенный пункт</i>

АДРЕС ПРЕБЫВАНИЯ
(если отличается)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>государство</i>	<i>регион/населенный пункт</i>

КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>адрес электронной почты</i>	<i>телефон</i>	<i>мобильный</i>	<i>телефон</i>

ГРАЖДАНСТВО

ВТОРОЕ ГРАЖДАНСТВО

ГРАЖДАНСТВО ОТСУТСТВУЕТ

СТАТУС НАЛОГПЛАТЕЛЬЩИКА:

НАЛОГОВЫЙ РЕЗИДЕНТ РФ

ИНН

НАЛОГОВЫЙ
РЕЗИДЕНТ ИНОЙ СТРАНЫ

ИНН (TIN)

СТРАНА
РЕЗИДЕНТСТВАДЛЯ ГРАЖДАН
И/ИЛИ НАЛОГПЛАТЕЛЬЩИКОВ США*номер соц. страхования (SSN)**ID**ИНН (TIN)*Я даю свое согласие на предоставление моих персональных данных и информации
о моем доходе в иностранный налоговый орган и (или) иностранным налоговым агентам:ДА НЕТ *Ф. И. О. Страхователя/Застрахованного лица**подпись**дата*

↓ Для иностранных граждан и лиц без гражданства

МИГРАЦИОННАЯ КАРТА

серия

номер

дата начала срока пребывания

дата окончания срока пребывания

ДОКУМЕНТ,
ПОТВЕРЖДАЮЩИЙ
ПРАВО ИНОСТРАННОГО
ГРАЖДАНИНА ИЛИ ЛИЦА
БЕЗ ГРАЖДАНСТВА НА
ПРЕБЫВАНИЕ В РФ

тип

серия

номер

дата начала срока действия
права пребывания (проживания)

дата окончания срока действия
права пребывания (проживания)

↓ Изменение данных выгодоприобретателя

Изложите перечень Выгодоприобретателей в новой редакции:

доля % РОДСТВЕННАЯ СВЯЗЬ ДАТА РОЖДЕНИЯ

Ф. И. О.

тип

серия

номер

дата выдачи

ДОКУМЕНТ,
УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ
ЛИЧНОСТЬ

кем выдан, код подразделения

→ Изменение периодичности оплаты взносов*:

ежемесячно ежеквартально раз в полгода ежегодно

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ ПУНКТ

↓ Изменение страховой суммы / страховой премии по программе страхования

ВЫБРАТЬ ОДИН ИЗ ВАРИАНТОВ:

а) Страховую сумму:

Оставить без изменения Увеличить до Уменьшить до

(укажите страховую сумму в валюте Договора страхования)

б) Страховую премию:

Оставить без изменения Увеличить до Уменьшить до**

(укажите страховую премию в валюте Договора страхования)

Я понимаю и согласен/согласна с тем, что: порядок, условия и дата изменения Договора страхования в настоящем Заявлении будут согласованы между мною и Страховщиком в соглашении об изменении Договора страхования.

Я понимаю и согласен с тем, что в случае уменьшения размера страховой премии, уплачиваемой за полисный год, до 60 000 р. подключенные при заключении Договора страхования дополнительные сервисы («Налоговый вычет» и/или «Телемедицина») не предоставляются с даты внесения соответствующих изменений в Договор страхования.

Ф. И. О. Страхователя

подпись

дата

Ф. И. О. Застрахованного лица

подпись

дата

Представитель АО «Райффайзенбанк»

подпись

дата

* Если были внесены изменения, обязательно укажите размер страховой премии/страховой суммы исходя из новой периодичности оплаты.

** Размер страховой премии, уплачиваемой Страхователем за полисный год, может быть уменьшен до 60 000 р.