

От _____

(Ф.И.О. Страхователя)

паспорт: серия _____ № _____,
выдан: _____

дата выдачи: _____

контактный телефон: _____

e-mail _____

адрес: _____

(индекс, адрес для доставки корреспонденции)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____, являясь
(Ф.И.О. Страхователя)

Страхователем по Договору страхования № _____ от _____,
прошу:

ПРИЧИНА ОБРАЩЕНИЯ (отметить нужный вариант знаком «V» или «X»):

- ИЗМЕНЕНИЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ СТРАХОВАТЕЛЯ (заполнить раздел 1)
- ИЗМЕНЕНИЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА (заполнить раздел 1)
- ИЗМЕНЕНИЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ (заполнить раздел 1)
- ЗАМЕНИТЬ/НАЗНАЧИТЬ ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ (заполнить раздел 2)

При замене / назначении Выгодоприобретателя (-ей), подписывая настоящее Заявление, Заявитель (Страхователь) в отношении каждого нового Выгодоприобретателя подтверждает следующее: 1) новый Выгодоприобретатель не является публичным должностным лицом (в том числе: иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность РФ, должность члена Совета Директоров ЦБ РФ, должность федеральной государственной службы, назначение и освобождение от которой осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должность в ЦБ РФ, государственной корпорации и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенную в перечни должностей, определяемые Президентом РФ), а также супругом (-ой) и/или родственником такого публичного должностного лица. В ином случае Заявитель обязуется предоставить подтверждающие вышеназванные данные документы и / или сведения (в т.ч. об адресе работодателя, степени родства либо статусе по отношению к публичному должностному лицу (с учетом того, что применимо)). 2) новый Выгодоприобретатель не имеет регистрации, места жительства / нахождения, счета в банке в государстве (на территории), которое (ая) не выполняет рекомендации ФАТФ, не является субъектом санкций Управления по контролю за иностранными активами Министерства финансов США и Европейского Союза; 3) предоставление согласия Выгодоприобретателя на обработку информации, идентифицирующей нового Выгодоприобретателя в качестве иностранного налогоплательщика. Если далее в настоящем абзаце не проставлена соответствующая отметка, Заявитель гарантирует получение согласия на предоставление сведений о новом Выгодоприобретателе в иностранный налоговый орган в рамках исполнения требований Федерального закона №173-ФЗ от 28.06.2014 «Об особенностях осуществления финансовых операций с иностранными гражданами и юридическими лицами, о внесении изменений в Кодекс РФ об административных правонарушениях и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов РФ».

Отметить при несогласии

НЕ СОГЛАСЕН

1. Изменить персональные данные Страхователя/Застрахованного/Выгодоприобретателя

(ненужное зачеркнуть)

Причина изменения		
	До изменения	Актуальные
Фамилия		
Имя		
Отчество		
Дата рождения день <input type="text"/> <input type="text"/> месяц <input type="text"/> <input type="text"/> год	Пол <input type="checkbox"/> мужской <input type="checkbox"/> женский	
АКТУАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ		
Документ, удостоверяющий личность	Кем выдан	
Вид документа _____		
Серия <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> № <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Код подразделения	
	Дата выдачи день <input type="text"/> <input type="text"/> месяц <input type="text"/> <input type="text"/> год <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Гражданство: <input type="checkbox"/> РФ <input type="checkbox"/> Иное (указать, какое) _____		
Данные документа, подтверждающие право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации	Серия <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> № <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Дата начала действия день <input type="text"/> <input type="text"/> месяц <input type="text"/> <input type="text"/> год <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Дата окончания действия день <input type="text"/> <input type="text"/> месяц <input type="text"/> <input type="text"/> год <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Данные миграционной карты иностранного гражданина	Серия <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> № <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Дата начала пребывания день <input type="text"/> <input type="text"/> месяц <input type="text"/> <input type="text"/> год <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Дата окончания пребывания день <input type="text"/> <input type="text"/> месяц <input type="text"/> <input type="text"/> год <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Адрес регистрации	Адрес	
Индекс <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Фактический адрес	Адрес	
Индекс <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Телефон домашний	+7 <input type="text"/>	
Телефон мобильный	+7 <input type="text"/>	
Адрес электронной почты		

2. Настоящим прошу заменить назначенного(ых) ранее и действующего(их) до момента (до даты) составления настоящего Заявления Выгодоприобретателя(ей) на указанное(ые) в настоящем Заявлении лицо(ца) или назначить указанное(ых) лиц(о) Выгодоприобретателем(ями), если ранее Выгодоприобретатель(ли) не был(и) назначен(ы), с указанием соответствующей доли по страховым рискам:

Дожитие Застрахованного / Смерть Застрахованного/Иной риск (указать)

(ненужное зачеркнуть)

(указать очередь, по которой назначается выгодоприобретатель: первая очередь, вторая очередь)

1.Ф.И.О. _____

Дата рождения день месяц год Доля %

Место рождения _____

Налоговый резидент РФ Да Нет (Указать страну) _____

Отношение к застрахованному _____

2.Ф.И.О. _____

Дата рождения день месяц год Доля %

Место рождения _____

Налоговый резидент РФ Да Нет (Указать страну) _____

Отношение к застрахованному _____

3.Ф.И.О. _____

Дата рождения день месяц год Доля %

Отношение к застрахованному _____

4.Ф.И.О. _____

Дата рождения день месяц год Доля %

Место рождения _____

Налоговый резидент РФ Да Нет (Указать страну) _____

Отношение к застрахованному _____

5.Ф.И.О. _____

Дата рождения день месяц год Доля %

Место рождения _____

Налоговый резидент РФ Да Нет (Указать страну) _____

Отношение к застрахованному _____

С назначением Выгодоприобретателя (-ей) согласен:

Застрахованный:

(Ф.И.О.)

(подпись)

« ____ » _____ 20__ г.
(дата)

ПРОЧЕЕ _____

Документы о внесении данных изменений прошу направить по почте России на указанный e-mail

Страхователь:

_____ « ____ » _____ 20__ г.
(Ф.И.О.) (подпись) (дата)

Клиент идентифицирован « ____ » _____ 20__ г.
(дата)

Документы принял: _____ / _____
(Должность) (ФИО) (подпись)