

ЗАЯВЛЕНИЕ О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В УСЛОВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

№ _____ от ____ . ____ . ____ г.

СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ - СТРАХОВАТЕЛЕ/ЗАСТРАХОВАННОМ ЛИЦЕ/ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЕ (нужное подчеркнуть)			
ФИО:			
Моб. телефон:		E-mail:	
Наименование документа, удостоверяющего личность:			
Серия и номер:		Дата выдачи:	Код подразделения:
Наименование органа, выдавшего документ:			
Номер и дата доверенности (если Представитель):			

ПРИЧИНА ОБРАЩЕНИЯ (выбрать нужное):

<input type="checkbox"/>	ИЗМЕНИТЬ ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ → Заполнить форму Приложения №1 к Заявлению
<input type="checkbox"/>	ИЗГОТОВИТЬ ДУБЛИКАТ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ и направить по адресу: _____ (индекс) _____
<input type="checkbox"/>	ИЗГОТОВИТЬ ДУБЛИКАТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО СОГЛАШЕНИЯ от ____ . ____ . ____ г. и направить по адресу: _____ (индекс) _____ <input type="checkbox"/> в связи с утерей <input type="checkbox"/> по иной причине (указать) _____
<input type="checkbox"/>	ЗАМЕНИТЬ/НАЗНАЧИТЬ ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ → Заполнить форму Приложения №2 к Заявлению ВАЖНО: Назначение Выгодоприобретателей возможно только с письменного согласия Застрахованного лица. При получении надлежащим образом оформленного настоящего Заявления (включая приложение(я)) Страховщик при необходимости обновляет соответствующие сведения согласно Правилам страхования. Сведения, указанные в настоящем Заявлении, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении. При замене/назначении Выгодоприобретателя, подписывая настоящее Заявление, Заявитель (страхователь) 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, должностью члена Совета Директоров ЦБ РФ, должностью федеральной государственной службы, назначение и освобождение от которой осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должностью 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. 2) новый Выгодоприобретатель не имеет регистрации, места жительства / нахождения, счета в банке, зарегистрированном в государстве (на территории), которое (-ая) не выполняет рекомендации ФАТФ (Группа разработки финансовых мер борьбы с отмыванием денег), не является субъектом санкций Управления по контролю за иностранными активами Министерства финансов США и Европейского Союза; не является лицом, в отношении которого возбуждено производство по делу о несостоятельности (банкротстве); не является лицом, в отношении которого предъявлен/ы гражданский иск/и со стороны судебных, налоговых и иных надзорных органов; 3) предоставление своего согласия на обработку информации, идентифицирующей нового Выгодоприобретателя в качестве иностранного налогоплательщика. Если далее в настоящем абзаце не проставлена соответствующая отметка, Заявитель подтверждает согласие 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, внесении изменений в Кодекс РФ об административных правонарушениях и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов РФ» Отметить при несогласии: <input type="checkbox"/> не согласен Согласие на передачу информации в иностранный налоговый орган является одновременно согласием на передачу такой информации в Банк России, Росфинмониторинг, ФНС РФ.

**Подпись
Заявителя(Страхователя)**

ФИО Заявителя

м.п.(при наличии)

Дата Заявления

ПРИЛОЖЕНИЕ 1 «ИЗМЕНЕНИЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ»
К ЗАЯВЛЕНИЮ О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В УСЛОВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
 № □□□□□□□□□□ от □□.□□.□□□□ г.

Прошу заменить текущие сведения об указанном ниже лице (нужное отметить) на актуальные/корректные согласно Таблице, содержащейся в настоящем Приложении, и внести соответствующие изменения в договор страхования:

- Страхователь
 Застрахованное лицо
 Выгодоприобретатель

СВЕДЕНИЯ	ДО ИЗМЕНЕНИЯ	АКТУАЛЬНЫЕ/КОРРЕКТНЫЕ
<input type="checkbox"/> ФИО:		
<input type="checkbox"/> Дата рождения		
<input type="checkbox"/> Реквизиты документа, удостоверяющего личность:		
<input type="checkbox"/> Наименование документа, удостоверяющего личность		
<input type="checkbox"/> Серия, номер		
<input type="checkbox"/> Кем выдан		
<input type="checkbox"/> Дата выдачи		
<input type="checkbox"/> Код подразделения		
<input type="checkbox"/> Адрес регистрации:		
<input type="checkbox"/> Фактический адрес:		

- Страхователь
 Застрахованное лицо
 Выгодоприобретатель

СВЕДЕНИЯ	ДО ИЗМЕНЕНИЯ	АКТУАЛЬНЫЕ/КОРРЕКТНЫЕ
<input type="checkbox"/> ФИО:		
<input type="checkbox"/> Дата рождения		
<input type="checkbox"/> Реквизиты документа, удостоверяющего личность:		
<input type="checkbox"/> Наименование документа, удостоверяющего личность		
<input type="checkbox"/> Серия, номер		
<input type="checkbox"/> Кем выдан		
<input type="checkbox"/> Дата выдачи		
<input type="checkbox"/> Код подразделения		
<input type="checkbox"/> Адрес регистрации:		
<input type="checkbox"/> Фактический адрес:		

Подпись Заявителя(Страхователя)	ФИО Заявителя
------------------------------------	---------------

Страхователь

 Застрахованное лицо

 Выгодоприобретатель

СВЕДЕНИЯ	ДО ИЗМЕНЕНИЯ	АКТУАЛЬНЫЕ/КОРРЕКТНЫЕ
<input type="checkbox"/> ФИО:		
<input type="checkbox"/> Дата рождения		
<input type="checkbox"/> Реквизиты документа, удостоверяющего личность:		
<input type="checkbox"/> Наименование документа, удостоверяющего личность		
<input type="checkbox"/> Серия, номер		
<input type="checkbox"/> Кем выдан		
<input type="checkbox"/> Дата выдачи		
<input type="checkbox"/> Код подразделения		
<input type="checkbox"/> Адрес регистрации:		
<input type="checkbox"/> Фактический адрес:		

 Страхователь

 Застрахованное лицо

 Выгодоприобретатель

СВЕДЕНИЯ	ДО ИЗМЕНЕНИЯ	АКТУАЛЬНЫЕ/КОРРЕКТНЫЕ
<input type="checkbox"/> ФИО:		
<input type="checkbox"/> Дата рождения		
<input type="checkbox"/> Реквизиты документа, удостоверяющего личность:		
<input type="checkbox"/> Наименование документа, удостоверяющего личность		
<input type="checkbox"/> Серия, номер		
<input type="checkbox"/> Кем выдан		
<input type="checkbox"/> Дата выдачи		
<input type="checkbox"/> Код подразделения		
<input type="checkbox"/> Адрес регистрации:		
<input type="checkbox"/> Фактический адрес:		

Подпись
Заявителя(Страхователя)

ФИО Заявителя

Страхователь

 Застрахованное лицо

 Выгодоприобретатель

СВЕДЕНИЯ	ДО ИЗМЕНЕНИЯ	АКТУАЛЬНЫЕ/КОРРЕКТНЫЕ
<input type="checkbox"/> ФИО:		
<input type="checkbox"/> Дата рождения		
<input type="checkbox"/> Реквизиты документа, удостоверяющего личность:		
<input type="checkbox"/> Наименование документа, удостоверяющего личность		
<input type="checkbox"/> Серия, номер		
<input type="checkbox"/> Кем выдан		
<input type="checkbox"/> Дата выдачи		
<input type="checkbox"/> Код подразделения		
<input type="checkbox"/> Адрес регистрации:		
<input type="checkbox"/> Фактический адрес:		

 Страхователь

 Застрахованное лицо

 Выгодоприобретатель

СВЕДЕНИЯ	ДО ИЗМЕНЕНИЯ	АКТУАЛЬНЫЕ/КОРРЕКТНЫЕ
<input type="checkbox"/> ФИО:		
<input type="checkbox"/> Дата рождения		
<input type="checkbox"/> Реквизиты документа, удостоверяющего личность:		
<input type="checkbox"/> Наименование документа, удостоверяющего личность		
<input type="checkbox"/> Серия, номер		
<input type="checkbox"/> Кем выдан		
<input type="checkbox"/> Дата выдачи		
<input type="checkbox"/> Код подразделения		
<input type="checkbox"/> Адрес регистрации:		
<input type="checkbox"/> Фактический адрес:		

 Подпись
 Заявителя(Страхователя)

 ФИО Заявителя

ПРИЛОЖЕНИЕ 2 «СМЕНА/НАЗНАЧЕНИЕ ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ»
К ЗАЯВЛЕНИЮ
О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В УСЛОВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
 № □□□□□□□□□□ от □□.□□.□□□□ г.

Настоящим прошу заменить назначенного ранее действующего по состоянию на дату составления настоящего Приложения Выгодоприобретателя на указанное в настоящем Приложении лицо или назначить указанное лицо Выгодоприобретателем, если ранее Выгодоприобретатель не был назначен, по страховым рискам (нужное отметить):

- Дожитие Застрахованного лица
 Смерть от несчастного случая, Смерть с возвратом взносов, Смерть Застрахованного лица по любой причине, Смерть в результате авиа, ж/д катастрофы, Смерть на транспорте
 Инвалидность 1 или 2 группы в результате несчастного случая, Инвалидность 1 или 2 группы по любой причине

Выгодоприобретатель 1

% выплаты:		Родственная связь:	
ФИО:			
Дата рождения:		ИНН (при наличии):	
Место рождения:		Страна рождения:	
Гражданство (указать все, если несколько):			
СНИЛС (при наличии):			
Наименование документа, удостоверяющего личность:			
Серия и номер:	Дата выдачи:	Код подразделения:	
Наименование органа, выдавшего документ:			
Адрес регистрации:			
Фактический адрес:			
Моб. телефон:			
E-mail:			
Наличие вида на жительство в иностранном государстве			
Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства	США: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	ИНН США: _____	
Другая страна	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	ИНН (другая страна): _____	Указать страну: _____

Дополнительно для иностранных граждан и лиц без гражданства:

Серия и номер миграционной карты:			
Дата начала и дата окончания срока пребывания:			
Данные документы, подтверждающие право пребывания в РФ:			
Наименование документа:		Серия и номер	
Дата начала и дата окончания срока действия права пребывания в РФ:			

С назначением Выгодоприобретателей согласен:

Подпись Застрахованного лица

ФИО Застрахованного лица

Правильность предоставленных данных подтверждаю:

Подпись Страхователя

ФИО Страхователя

Дата Заявления

Выгодоприобретатель 2

% выплаты:		Родственная связь:	
ФИО:			
Дата рождения:		ИНН (при наличии):	
Место рождения:		Страна рождения:	
Гражданство (указать все, если несколько):			
СНИЛС (при наличии):			
Наименование документа, удостоверяющего личность:			
Серия и номер:		Дата выдачи:	Код подразделения:
Наименование органа, выдавшего документ:			
Адрес регистрации:			
Фактический адрес:			
Моб. телефон:			
E-mail:			
Наличие вида на жительство в иностранном государстве			
Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства	США: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	ИНН США:	
Другая страна	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	ИНН (другая страна):	Указать страну:

Дополнительно для иностранных граждан и лиц без гражданства:

Серия и номер миграционной карты:			
Дата начала и дата окончания срока пребывания:			
Данные документы, подтверждающие право пребывания в РФ:			
Наименование документа:		Серия и номер	
Дата начала и дата окончания срока действия права пребывания в РФ:			

С назначением Выгодоприобретателей согласен:

Подпись Застрахованного лица

ФИО Застрахованного лица

Правильность предоставленных данных подтверждаю:

Подпись Страхователя

ФИО Страхователя

Дата Заявления

Выгодоприобретатель 3

% выплаты:		Родственная связь:	
ФИО:			
Дата рождения:		ИНН (при наличии):	
Место рождения:		Страна рождения:	
Гражданство (указать все, если несколько):			
СНИЛС (при наличии):			
Наименование документа, удостоверяющего личность:			
Серия и номер:	Дата выдачи:	Код подразделения:	
Наименование органа, выдавшего документ:			
Адрес регистрации:			
Фактический адрес:			
Моб. телефон:			
E-mail:			
Наличие вида на жительство в иностранном государстве			
Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства	США: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	ИНН США:	
Другая страна	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	ИНН (другая страна):	Указать страну:

Дополнительно для иностранных граждан и лиц без гражданства:

Серия и номер миграционной карты:			
Дата начала и дата окончания срока пребывания:			
Данные документы, подтверждающие право пребывания в РФ:			
Наименование документа:		Серия и номер	
Дата начала и дата окончания срока действия права пребывания в РФ:			

С назначением Выгодоприобретателей согласен:

Подпись Застрахованного лица

ФИО Застрахованного лица

Правильность предоставленных данных подтверждаю:

Подпись Страхователя

ФИО Страхователя

Дата Заявления

Выгодоприобретатель 4

% выплаты:			Родственная связь:		
ФИО:					
Дата рождения:					
Место рождения:			Страна рождения:		
Гражданство (указать все, если несколько):					
СНИЛС (при наличии):					
Наименование документа, удостоверяющего личность:					
Серия и номер:		Дата выдачи:		Код подразделения:	
Наименование органа, выдавшего документ:					
Адрес регистрации:					
Фактический адрес:					
Моб. телефон:					
E-mail:					
Наличие вида на жительство в иностранном государстве					
Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства	США: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		ИНН США:		
Другая страна	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		ИНН (другая страна):		Указать страну:

Дополнительно для иностранных граждан и лиц без гражданства:

Серия и номер миграционной карты:		
Дата начала и дата окончания срока пребывания:		
Данные документы, подтверждающие право пребывания в РФ:		
Наименование документа:		Серия и номер
Дата начала и дата окончания срока действия права пребывания в РФ:		

С назначением Выгодоприобретателей согласен:

Подпись Застрахованного лица

ФИО Застрахованного лица

Правильность предоставленных данных подтверждаю:

Подпись Страхователя

ФИО Страхователя

Дата Заявления