

ЗАЯВЛЕНИЕ

об отказе Застрахованного от получения страховой выплаты

Договор страхования № _____ от _____ г.

Я, _____, являясь:

(ФИО Заявителя)

Застрахованным

Законным представителем Застрахованного*

Фамилия	_____	Имя	_____
Отчество	_____	Дата рождения	____/____/____
Место рождения	_____		
Код подразделения	____-____	Документ, удостоверяющий личность	Паспорт
Гражданство	_____	серия	_____
№	_____	Дата выдачи	____/____/____
Дата окончания срока действия (если имеется)	____/____/____		
Выдан	_____		
ИНН	____-____-____-____	СНИЛС	____-____-____-____
Адрес места жительства (регистрации)	_____		
Адрес проживания (если отличается от регистрации)	_____		
Номер моб. телефона	+7 _____	E-mail	_____
Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ:	Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в РФ		
	Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия)		
Являюсь налоговым резидентом США*	нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> если ДА необходимо заполнить анкету*		
Являюсь налоговым резидентом иного иностранного государства (территории)	нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> если ДА – указать каких государств и идентификационный номер налогоплательщика (TIN) для каждого государства (территории)		
	Государство/ИНН (TIN) _____		
Являюсь иностранным, российским публичным должностным лицом, должностным лицом публичной международной организации, супругом (супругой) или близким родственником указанного лица**	нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/>		
* К налоговым резидентам США относятся: граждане США, лица, имеющие вид на жительство в США (карточка постоянного жителя США по форме I-551 «Green Card»), лица, соответствующие критериям долгосрочного пребывания на территории США, иные лица в соответствии с законодательством США. Критерии принадлежности к указанной категории лиц, а также форма дополнительной анкеты, которую необходимо заполнить в случае положительного ответа на данный вопрос, содержатся на сайте www.renlife.ru			
** Критерии принадлежности к указанной категории лиц, а также форма дополнительной анкеты, которую необходимо заполнить в случае положительного ответа на данный вопрос, содержатся на сайте www.renlife.ru			

В соответствии с п.4 ст. 430 Гражданского Кодекса РФ я отказываюсь от получения страховой суммы по риску «Дожитие Застрахованного до даты окончания срока страхования» в пользу Страхователя:

Фамилия	_____	Имя	_____
Отчество	_____		

Подписывая настоящее Заявление, я подтверждаю полноту и достоверность представленной информации.

(подпись)

(ФИО)

(Дата заявления)

Служебные отметки:

Вх.№ _____ - _____ / _____ от _____ . 20 _____ г.

ФИО Сотрудника: _____

Должность: _____

Подпись: _____