

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	_____		
Гражданство	_____	Документ, удостоверяющий личность	Паспорт _____ 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	_____
<p>Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ:</p> <p>Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в РФ</p> <p>Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия)</p>			
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) _____			
<p>Являюсь иностранным, российским публичным должностным лицом, должностным лицом публичной международной организации, супругом (супругой) или близким родственником указанного лица**</p> <p style="text-align: right;">нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/></p>			
<p>* 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</p> <p>** 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</p>			

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: _____