

ЗАЯВЛЕНИЕ

на внесение изменений в Договор страхования по программе страхования «Инвестор»

Договор страхования № от г.

Сведения о Страхователе:

Фамилия <input style="width: 400px;" type="text"/>		Имя <input style="width: 400px;" type="text"/>	
Отчество <input style="width: 250px;" type="text"/>	Дата рождения <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>	Код подразделения <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> - <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>	
Место рождения <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
Гражданство <input style="width: 250px;" type="text"/>	Документ, удостоверяющий личность	Паспорт	серия <input style="width: 50px;" type="text"/> № <input style="width: 50px;" type="text"/>
Дата выдачи <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>	Дата окончания срока действия (если имеется) <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>		
Выдан <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
ИНН (при наличии) <input style="width: 200px;" type="text"/>		СНИЛС (при наличии) <input style="width: 50px;" type="text"/> - <input style="width: 50px;" type="text"/> - <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>	
Адрес места жительства (регистрации) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
Адрес проживания (если отличается от регистрации) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
(индекс, область, район, город, улица, дом, квартира)			
Номер моб. телефона +7 <input style="width: 250px;" type="text"/>			
E-mail <input style="width: 400px;" type="text"/>			

Сведения о Застрахованном (заполняется в случае, если Застрахованный и Страхователь разные лица):

Фамилия <input style="width: 400px;" type="text"/>		Имя <input style="width: 400px;" type="text"/>	
Отчество <input style="width: 250px;" type="text"/>	Дата рождения <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>	Код подразделения <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> - <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>	
Место рождения <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
Гражданство <input style="width: 250px;" type="text"/>	Документ, удостоверяющий личность	Паспорт	серия <input style="width: 50px;" type="text"/> № <input style="width: 50px;" type="text"/>
Дата выдачи <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>	Дата окончания срока действия (если имеется) <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>		
Выдан <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
ИНН (при наличии) <input style="width: 200px;" type="text"/>		СНИЛС (при наличии) <input style="width: 50px;" type="text"/> - <input style="width: 50px;" type="text"/> - <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>	
Адрес места жительства (регистрации) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
Адрес проживания (если отличается от регистрации) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
(индекс, область, район, город, улица, дом, квартира)			
Номер моб. телефона +7 <input style="width: 250px;" type="text"/>			
E-mail <input style="width: 400px;" type="text"/>			

Важно! В случае изменения данных в паспорте приложите к Заявлению копию паспорта.

Прошу внести изменения в Договор страхования (применяется только для Страхователя):

<input type="checkbox"/> Изменить Страхователя на Застрахованного	<input type="checkbox"/> Изменить Страхователя на иное лицо (не Застрахованного)
Важно! В случае замены Страхователя на иное лицо (не Застрахованного) необходимо заполнение анкеты Застрахованного/Страхователя.	
В случае изменения ФИО Страхователя необходимо указать предыдущие данные:	
Фамилия <input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	
Имя <input style="width: 40%; height: 20px;" type="text"/>	Отчество <input style="width: 40%; height: 20px;" type="text"/>

<input type="checkbox"/> Изменить Выгодоприобретателя						
Изменить	Добавить	Исключить	ФИО	Дата рождения	Родственные отношения	Доля, %
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Настоящим подтверждаю свое согласие на изменение Выгодоприобретателя (ей)				<input type="text"/>		
(Подпись Застрахованного)						
<input type="checkbox"/>	Запрос Дубликата Договора (полиса)		Причина	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/>	Увеличение общего страхового взноса		Размер общего страхового взноса	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/>	Изменение данных по распределению страхового взноса (стратегии)			Стратегия		Распределение, %
				<input type="text"/>		<input type="text"/>
				<input type="text"/>		<input type="text"/>
				<input type="text"/>		<input type="text"/>
<p>Важно! *Общая сумма процентов должна быть не более 100 %.</p> <p>*Минимальный размер страховой премии (взноса) по каждой программе страхования не может составлять менее 10% от общего размера страховой премии (взноса) по всем программам страхования, кроме программ страхования «Инвестор» с единовременной формой оплаты</p>						

Подписывая настоящее Заявление я подтверждаю:

- что Страхователь/Застрахованный не являются российскими/иностранными публичными должностными лицами и должностными лицами публичной международной организации, а также родственниками российского/иностранного публичного должностного лица и должностного лица публичной международной организации. В ином случае Страхователь/Застрахованный обязуются заполнить «Заявление о принятии на обслуживание РПДЛ/ИПДЛ/ПДЛМО», «Уведомление о родстве с РПДЛ/ИПДЛ/ПДЛМО», «Анкету ИПДЛ/ПДЛМО» или «Анкету родственника РПДЛ»

- что Страхователь/Застрахованный не являются лицами, на которых распространяется законодательство иностранного государства о налогообложении иностранных счетов (Федеральный закон от 28.06.2014 г. №173 «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»).

Передачу ООО «СК «Ренессанс Жизнь» и лицам, действующим по его поручению (далее Страховщик), право на обработку (в том числе сбор систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение любым, не противоречащим российскому законодательству способом (в том числе без использования средств автоматизации), на трансграничную передачу в страны, обеспечивающие адекватную защиту персональных данных и не обеспечивающие такую защиту, всех моих и Застрахованного лица персональных данных (в том числе персональных данных о состоянии здоровья) в целях заключения и исполнения Договора страхования, а также в целях предоставления с помощью средств связи информации об исполнении Договора страхования и информации о страховых услугах, оказываемых Страховщиком. При этом такое согласие дается мной Страховщику на весь срок действия Договора страхования и в течение 5 (пяти) лет после прекращения действия Договора страхования и может быть отозвано мной в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного мной письменного уведомления.

Российское публичное должностное лицо (РПДЛ) – лицо, замещающее (занимающее) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

Иностранное публичное должностное лицо (ИПДЛ) понимается любое назначаемое или избираемое лицо, занимающее какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства и любое лицо, выполняющее какую либо публичную функцию для иностранного государства, в т.ч. для публичного ведомства/государственного предприятия.

Должностное лицо публичной международной организации (ПДЛМО) понимается лицо, которому доверены или были доверены важные функции международной организацией (за исключением руководителей среднего звена или лиц, занимающих более низкие позиции).

(подпись)

(ФИО Страхователя/Застрахованного)

(Дата заявления)

Служебные отметки:

Вх.№ _____ - _____ /201 от _____ .20 _____ г.

ФИО Сотрудника: _____

Должность: _____

Подпись: _____