

## ЗАЯВЛЕНИЕ

к Договору страхования № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г.

### СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ

Ф.И.О. (полностью): \_\_\_\_\_

Моб. телефон: (\_\_\_\_) (\_\_\_\_) (\_\_\_\_) (\_\_\_\_) (\_\_\_\_) (\_\_\_\_) e-mail \_\_\_\_\_

Реквизиты документа, удостоверяющего личность: наименование документа \_\_\_\_\_

серия, номер: \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ дата выдачи: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г. код подразделения: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

кем выдан: \_\_\_\_\_

Кем является Заявитель в рамках договора страхования:  Страхователем  Застрахованным

### ПРИЧИНА ОБРАЩЕНИЯ (выбрать нужное):

Изменить персональные данные о лице, категория которого указана в приложении 1 к заявлению.  
Укажите, пожалуйста, причину изменения сведений: \_\_\_\_\_

Заменить / назначить нового Выгодоприобретателя (-ей)  
Настоящим, прошу на случай смерти Застрахованного, заменить назначенного ранее и действующего по состоянию на дату составления настоящего заявления Выгодоприобретателя или назначить Выгодоприобретателем, если ранее Выгодоприобретатель не был назначен

**для физических лиц или индивидуальных предпринимателей**

ФИО	Дата рождения	Кем приходится Застрахованному	Доля <sup>1</sup>

**для юридических лиц и иностранных структур без образования юридического лица (ИСБЮЛ)**

Полное наименование организации	Доля <sup>1</sup>

**С назначением Выгодоприобретателя (-ей) ознакомлен (-а) и согласен (-а)<sup>2</sup>:**

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. (полностью) Застрахованного / законного представителя)  \_\_\_\_\_ (подпись)

Изготовить дубликат договора страхования (укажите причину) и приложений к нему (включая дополнительные соглашения (если применимо)) и направить по адресу: \_\_\_\_\_

в связи с утерей  по иной причине (указать): \_\_\_\_\_

1) Подписывая настоящее заявление (включая приложение (-я)), заявитель подтверждает, что не является публичным должностным лицом (в том числе: не является иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций, российским публичным должностным лицом, лицом, замещающим (занимающим) государственные должности в Российской Федерации, должности членов Совета директоров Банка России, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Банке России, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей в Российской Федерации, определяемые Президентом Российской Федерации (родственников вышеперечисленных лиц: супругом, родителем, ребенком, бабушкой, дедушкой, внуком, полнородным и неполнородным (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным) или представителем, действующим от его имени). В ином случае заявитель обязуется предоставить подтверждающие вышеназванные данные документы.

2) Заявитель подтверждает, что не имеет регистрации, места жительства/нахождения, счета в банке в государстве (на территории), которое не выполняет рекомендации ФАТФ, не является субъектом санкций Управления по контролю за иностранными активами Министерства финансов США и Европейского Союза.

3) Заявитель подтверждает, что страхование осуществляется в целях обеспечения защиты его интересов, за счет средств Страхователя.

4) Заявитель подтверждает отсутствие у него: действующей профессиональной дисквалификации, непогашенной судимости или административного взыскания в соответствии с законодательством Российской Федерации, просроченной задолженности в кредитных организациях.

5) Заявитель подтверждает, что не принадлежит (не зарегистрирован, не проживает и не находится) к государству (территории): с высокой террористической или экстремистской активностью; в отношении которого применяются специальные экономические меры в соответствии с Федеральным законом «О специальных экономических мерах»; которое не выполняет рекомендации Группы разработки финансовых мер борьбы с отмыванием денег (ФАТФ), либо с использованием счета в банке, зарегистрированного в указанном государстве (на указанной территории) – ИР Иран, КНДР (включая международные неправительственные организации), к государствам (территориям) с повышенным уровнем коррупции и (или) другой преступной деятельности; предоставляющем льготный режим налогообложения и (или) не предусматривающем раскрытия и предоставления информации при проведении финансовых операций (офшорной зоны); не имеет открытого банковского счета, зарегистрированного в указанном государстве или на указанной территории.

6) Заявитель подтверждает, что иное физическое лицо не имеет возможность контролировать его действия.

7) Заявитель обязуется не реже одного раза в год и/или по мере изменения идентификационных данных, указанных в настоящем договоре страхования направлять Страховщику обновленные персональные данные по форме, предложенной Страховщиком.

8) Заявитель подтверждает согласие на обработку информации, идентифицирующей его в качестве иностранного налогоплательщика.

9) Заявитель подтверждает согласие на предоставление его сведений в иностранный налоговый орган в рамках исполнения требований Федерального закона от 28.06.2014 № 173-ФЗ «Об особенностях осуществления финансовых операций с иностранными гражданами и юридическими лицами, о внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов Российской Федерации».

Заявитель уведомлен, что необходимо заполнить приложение (-я) к заявлению отдельно на каждое лицо, сведения о котором изменяются.  
При отсутствии Приложения (-ий), когда их заполнение предусмотрено, заявление не считается поданным Страховщику (является недействительным).

Приложения к заявлению (если необходимы) являются неотъемлемыми частями заявления.

\_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы Заявителя) \_\_\_\_\_ Дата составления \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_ (Подпись Заявителя)

<sup>1</sup> Указывается процент в страховой выплате. Процент выплаты Выгодоприобретателям в сумме не должен превышать 100%.

<sup>2</sup> Застрахованный может не проставлять свою подпись, если совпадает со Страхователем.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1 К ЗАЯВЛЕНИЮ "ИЗМЕНЕНИЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ"

к Договору страхования № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г.

Прошу заменить следующие данные в отношении:

- Страхователя  Застрахованного  
 Выгодоприобретателя

СВЕДЕНИЯ	АКТУАЛЬНЫЕ / КОРРЕКТНЫЕ <sup>1)</sup>
<input type="checkbox"/> Фамилия	
<input type="checkbox"/> Имя	
<input type="checkbox"/> Отчество	
<input type="checkbox"/> Дата рождения	
Реквизиты документа, удостоверяющего личность:	
<input type="checkbox"/> Наименование	
<input type="checkbox"/> Серия, номер	
<input type="checkbox"/> Дата выдачи	
<input type="checkbox"/> Код подразделения	
<input type="checkbox"/> Адрес регистрации	
<input type="checkbox"/> Почтовый адрес	
<input type="checkbox"/> Мобильный телефон	
<input type="checkbox"/> Иное	

Сведения, которые могут повлечь увеличение степени страхового риска (заполняется только в отношении Застрахованного):

Профессия и должность:	
Профессиональная деятельность:	
Род занятий:	
Наименование организации:	
Сфера деятельности:	
Сведения об увлечениях и занятии спортом на различном уровне:	
Сведения о переезде/перемещении в зоны вооруженных конфликтов, военных действий	
Иное (указать):	

√ \_\_\_\_\_  
(Подпись Заявителя)

\_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы Заявителя)

<sup>1)</sup> Указывается новые сведения в соответствии с приложенными к Заявлению документами