

Образец заполнения

ЗАЯВЛЕНИЕ О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В УСЛОВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ			
ПОЛЯ, ГДЕ ТРЕБУЕТСЯ ВЫБРАТЬ ОТВЕТ, ПРОСИМ ОТМЕТИТЬ ЗНАКОМ V			
ЗАЯВИТЕЛЬ ЯВЛЯЕТСЯ:		Поставить галочку в соответствующем квадрате	
<input checked="" type="checkbox"/> Страхователем	<input type="checkbox"/> наследником Страхователя	<input type="checkbox"/> представителем Страхователя	
по договору страхования №	00000-00000000	от	xx.xx.xxxx г.
СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ			
Ф. И. О.	Иванов Иван Иванович		
Гражданство	РФ либо иное		
Дата рождения	xx.xx.xxxx г.	Место рождения	Указать данные в соответствии с паспортом
Документ, удостоверяющий личность	паспорт	серия	00 00 номер 000000
Кем и когда выдан	Указать данные в соответствии с паспортом		
	дата выдачи xx.xx.xxxx		
		код подразделения	000-000
Данные миграционной карты:			
серия (при наличии)		номер	
Дата начала срока пребывания в Российской Федерации	. . г.	Дата окончания срока пребывания в Российской Федерации	. . г.
Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации:			
наименование документа	серия (при наличии) и номер		
Дата начала срока пребывания в Российской Федерации	. . г.	Дата окончания срока пребывания в Российской Федерации	. . г.
Адрес регистрации:	индекс	страна	РФ либо иное
регион (область, республика, край, район)	Указать необходимые данные о заявителе		
город/населенный пункт			
улица			
дом (корп., стр.)	квартира		
Адрес фактического места жительства	<input type="checkbox"/> совпадает с адресом регистрации		
индекс	страна	Поставить галочку либо заполнить необходимую информацию	
регион (область, республика, край, район)			
город/населенный пункт			
улица			
дом (корп., стр.)	квартира		
Контактный телефон	0(000) 000-00-00	E-mail	Факс
СВЕДЕНИЯ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ НАЛИЧИЕ У ЗАЯВИТЕЛЯ ПОЛНОМОЧИЙ НАСЛЕДНИКА/ПРЕДСТАВИТЕЛЯ СТРАХОВАТЕЛЯ ¹ (в случае если заявителем является не Страхователь)			
<input type="checkbox"/> Свидетельство о праве на наследство	<input type="checkbox"/> Устав	<input type="checkbox"/> Решение органа государственной власти	
<input type="checkbox"/> Доверенность	<input type="checkbox"/> Договор	<input type="checkbox"/> заявитель является представителем Страхователя в силу закона	
<input type="checkbox"/> Иной документ, подтверждающий полномочия (указать):			
номер (при наличии):		дата выдачи:	. . г.
срок действия (если применимо):			

¹ Требуется приложить оригиналы или заверенные копии подтверждающих документов к настоящему заявлению.

место выдачи (если применимо)			
ПРИЧИНА ОБРАЩЕНИЯ			
1. ИЗМЕНЕНИЕ, АКТУАЛИЗАЦИЯ ПЕРСОНАЛЬНЫХ И КОНТАКТНЫХ ДАННЫХ УЧАСТНИКА ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ			
<input checked="" type="checkbox"/> ПРОШУ ИЗМЕНИТЬ СВЕДЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ: Поставить галочку в соответствующем квадрате			
<input checked="" type="checkbox"/> Страхователя		<input type="checkbox"/> Застрахованного	
<input type="checkbox"/> Выгодоприобретателя			
КОРРЕКТНЫЕ ДАННЫЕ (<u>заполняются только данные, которые требуют изменения</u>)			
Ф. И. О. Заполнить в случае изменения			
Гражданство Заполнить в случае изменения			
Дата рождения . . . г.		Место рождения	
Документ, удостоверяющий личность		серия Заполнить в случае изменения номер Заполнить в случае изменения	
Кем и когда выдан Заполнить в случае изменения			
код подразделения			
Данные миграционной карты: Заполнить в случае изменения			
серия (при наличии)		номер	
Дата начала срока пребывания в Российской Федерации . . . г.		Дата окончания срока пребывания в Российской Федерации . . . г.	
Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации:			
наименование документа		серия (при наличии) и номер	
Дата начала срока пребывания в Российской Федерации . . . г.		Дата окончания срока пребывания в Российской Федерации . . . г.	
Адрес регистрации: индекс		страна РФ либо иное	
регион (область, республика, край, район)		Указать необходимые данные (в случае их изменения)	
город/населенный пункт			
улица			
дом (корп., стр.)		квартира	
Адрес фактического места жительства		<input checked="" type="checkbox"/> совпадает с адресом регистрации	
индекс		страна Поставить галочку либо заполнить необходимую информацию (в случае её изменения)	
регион (область, республика, край, район)			
город/населенный пункт			
улица			
дом (корп., стр.)		квартира	
Контактный телефон		E-mail	
Факс			
Адрес для направления корреспонденции: Поставить галочку либо заполнить необходимую информацию (в случае её изменения)			
<input type="checkbox"/> регистрации		<input type="checkbox"/> фактическому месту жительства	
<input type="checkbox"/> иному (в случае её изменения)			
индекс		город/населенный пункт	
Улица		дом (корп., стр.)	
квартира			
ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ВНЕСЕНИЯ ВЫШЕУКАЗАННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ: Поставить галочку в соответствующем квадрате			
<input checked="" type="checkbox"/> Копия паспорта		<input type="checkbox"/> Копия свидетельства о браке / расторжении брака	
<input type="checkbox"/> Иные основания:			
2. УСТАНОВЛЕНИЕ, ИЗМЕНЕНИЕ ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ, ДОЛИ ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ			
<input type="checkbox"/> ПРОШУ УСТАНОВИТЬ СЛЕДУЮЩИХ ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕЙ:			
<input type="checkbox"/> на случай смерти <input type="checkbox"/> иное (указать):			

2.1. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛИ (для физического лица или индивидуального предпринимателя)			
<input type="checkbox"/> наследники Застрахованного		<input type="checkbox"/> иные лица, указанные ниже:	
1. Ф. И. О.		Дата рождения	. . г.
Кем приходится Застрахованному		Доля	%
2. Ф. И. О.		Дата рождения	. . г.
Кем приходится Застрахованному		Доля	%
3. Ф. И. О.		Дата рождения	. . г.
Кем приходится Застрахованному		Доля	%
4. Ф. И. О.		Дата рождения	. . г.
Кем приходится Застрахованному		Доля	%
2.2. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛИ (для юридических лиц и иностранных структур без образования юридического лица (ИСБЮЛ))			
Полное наименование организации			
Доля %			
Я _____, (Ф. И. О. полностью)			
являясь Застрахованным, согласен с установлением вышеуказанными Выгодоприобретателями _____ (подпись)			
3. ИЗМЕНЕНИЕ СТРАХОВАТЕЛЯ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ			
<input type="checkbox"/> ПРОШУ ЗАМЕНИТЬ СТРАХОВАТЕЛЯ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ:			
<input type="checkbox"/> физическое лицо или индивидуальный предприниматель		<input type="checkbox"/> юридическое лицо	
В случае замены Страхователя по договору страхования на физическое лицо или индивидуального предпринимателя просьба заполнить и приложить к настоящему заявлению Анкету идентификации (сведения о физическом лице) (приложение к настоящему заявлению), заполняется всегда.		В случае замены Страхователя по договору страхования на юридическое лицо просьба заполнить и приложить к настоящему заявлению Анкету идентификации (сведения о юридическом лице) (приложение к настоящему заявлению), заполняется всегда.	
4. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ДУБЛИКАТА ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ			
<input type="checkbox"/> ПРОШУ ПРЕДОСТАВИТЬ:			
<input type="checkbox"/> дубликат договора страхования		<input type="checkbox"/> дубликат дополнительного соглашения от . . г.	
<input type="checkbox"/> в связи с утерей		<input type="checkbox"/> по иной причине (указать): _____	
5. <input type="checkbox"/> ВНЕСЕНИЕ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ ИНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ:			

<input checked="" type="checkbox"/> Я, Иванов Иван Иванович _____, (Ф. И. О. полностью)			
подтверждаю, что:			
- подписание мною настоящего заявления не означает автоматического изменения условий договора;			
- изменения вступят в силу в случае подписания мной и Страховщиком соответствующего дополнительного соглашения к договору страхования (по п.п. 2 и 3 Заявления);			
- в отношении Страхователя ² / Застрахованного / Выгодоприобретателя иные данные, предоставленные при заключении договора страхования, актуальны.			
СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ (подписывается в случае, если Заявитель является представителем Страхователя)			
Заявитель в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» в отношении своих персональных данных и персональных данных Страхователя (в случае если заявителем является представитель Страхователя) свободно, своей волей и в своем интересе дает свое согласие Обществу с ограниченной ответственностью Страховая компания "Росгосстрах Жизнь" (121059, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Дорогомилово, ул. Киевская, д. 7, к. 1) на обработку персональных данных (включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), трансграничную передачу, в том числе в страны, обеспечивающие и не обеспечивающие адекватную защиту прав субъектов персональных данных, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств в целях заключения, сопровождения, исполнения, прекращения договора страхования и перестрахования,			

² В случае если данные в отношении Страхователя изменились, обязательно заполняется Анкета идентификации (сведения о физическом лице)/ Анкета идентификации (сведения о юридическом лице) (приложение к настоящему заявлению).

продвижения страховых услуг, проведения рекламных и маркетинговых акций, а также выполнения требований законодательства Российской Федерации. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие (при условии их раскрытия в настоящем заявлении): фамилия, имя, отчество; дата рождения; серия и номер документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных, дата выдачи документа, орган, выдавший документ; адрес регистрации; адрес фактического места жительства; контактные номера телефонов (мобильного и/или домашнего); адреса электронной почты; факс. ООО СК «Росгосстрах Жизнь» вправе поручить обработку персональных данных другому лицу, на основании заключаемого с этим лицом договора.

Согласие на обработку персональных данных начинается свое действие с момента подписания настоящего заявления и действует в течение всего срока действия договора страхования, а также в течение 5 (пяти) лет с даты его прекращения. Согласие может быть отозвано в любое время путем направления Страховщику письменного уведомления (путем направления заказного письма с уведомлением о вручении либо путем вручения лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика).

Заявитель, подписывая настоящее заявление, дает свое согласие на обработку своих персональных данных и персональных данных Страхователя (в случае если заявителем является представитель Страхователя) с использованием средств автоматизации или без использования таких средств в соответствии с настоящим заявлением.

Ф.И.О. ПРЕДСТАВИТЕЛЯ СТРАХОВАТЕЛЯ:	Заполнить соответствующее поле		
ПОДПИСЬ		ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ	. . г.

ЖЕЛАЕМАЯ ДАТА ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ « ____ » _____ 20__ г.

Ф.И.О. СТРАХОВАТЕЛЯ:	Иванов Иван Иванович	Заполнить соответствующее поле	
ПОДПИСЬ	Подпись	ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ	дата.заполнения г.

СЛУЖЕБНЫЕ ОТМЕТКИ

Время и дата получения заявления от Страхователя	часов	минут	. . г.
Сотрудник Банка / Агент	_____ / _____ (подпись) (ФИО)		
ID АГЕНТА			
РЕГИОН ОФОРМЛЕНИЯ (ГОРОД)			