

ООО «ППФ Страхование жизни», Лицензии Банка России СЖ № 3609 от 27.01.2017 и СЛ № 3609 от 27.01.2017
 Адрес для корреспонденции: Киевское ш. 22-й км, домовладение 6, строение 1, п. Московский, а/я 2290, г. Москва, 108811
 Адрес юридического лица: 108811, город Москва, километр Киевское шоссе 22-й (п. Московский), домовл. 6, строение 1
 Телефон 8-800-775-82-00; (495) 785-82-00, Факс: (495) 785-82-09

ЗАЯВЛЕНИЕ

на изменение данных о Страхователе, Застрахованном, Выгодоприобретателе

Я, ф. и. о. _____
 ЯВЛЯЯСЬ СТРАХОВАТЕЛЕМ
 ПО ДОГОВОРУ № _____ ОТ _____ Г.
 ПРОШУ ВНЕСТИ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ДОГОВОР:

1. ИЗМЕНЕНИЕ ДАННЫХ СТРАХОВАТЕЛЯ ИЛИ ЗАМЕНУ СТРАХОВАТЕЛЯ

ИЗМЕНЕНИЕ ДАННЫХ СТРАХОВАТЕЛЯ ЗАМЕНУ СТРАХОВАТЕЛЯ

СТРАХОВАТЕЛЬ-ФЛ Если страхователь является юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем, то заполните данные о Страхователе в разделе «Дополнительная информация»

Ф. И. О. _____

ПОЛ: М Ж | ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ Г. | ГРАЖДАНСТВО _____ | СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ _____

МЕСТО РОЖДЕНИЯ _____

ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ _____

НАИМЕНОВАНИЕ _____ СЕРИЯ _____ НОМЕР _____

КЕМ ВЫДАН _____ КОГДА _____ Г. КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ _____

ИНН (при наличии) _____ СНИЛС (при наличии) _____

ТЕЛЕФОН (МОБ.) _____ ТЕЛЕФОН (РАБ.) _____

ТЕЛЕФОН (ДОМ.) _____ E-MAIL _____

Укажите ОДИН способ получения уведомлений с напоминанием об оплате или выберите отказ от получения уведомлений:
 на номер мобильного телефона по электронной почте на указанный e-mail Почтой России на фактический адрес отказ от уведомлений

Адрес регистрации по месту жительства

ИНДЕКС _____ ОБЛАСТЬ (КРАЙ) _____

РАЙОН _____ НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД) _____

УЛИЦА _____ ДОМ _____ КОРПУС _____ КВАРТИРА _____

Адрес фактического места жительства Отметить в случае, если совпадает с адресом регистрации

ИНДЕКС _____ ОБЛАСТЬ (КРАЙ) _____

РАЙОН _____ НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД) _____

УЛИЦА _____ ДОМ _____ КОРПУС _____ КВАРТИРА _____

Данные документа, подтверждающего права иностранного гражданина/лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации:
 серия _____ номер _____ дата начала и окончания срока действия права пребывания _____

Данные миграционной карты (для иностранных граждан) серия _____ номер _____

Дата начала срока пребывания _____ Г. Дата окончания срока пребывания _____ Г.

Являетесь ли Вы/назначенные Вами Выгодоприобретатели должностными лицами публичных международных организаций или лицами, замещающими (занимающими) 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

Нет Да Если «Да» укажите Должность _____

Являетесь ли Вы/ назначенные Вами Выгодоприобретатели иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ)?

Нет Да Если «Да» укажите Должность _____

Документ, подтверждающий статус иностранного публичного должностного лица _____

Являетесь ли Вы/ назначенные Вами Выгодоприобретатели членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителями и детьми, дедушкой, бабушкой и внуками), полнородным и неполнородным (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным)?

Нет Да Если «Да» укажите Степень родства _____

Ф.И.О. и должность ИПДЛ _____

Являетесь ли Вы/ назначенные Вами Выгодоприобретатели представителем иностранного публичного должностного лица/действуете от его имени? (нужное подчеркнуть)

Нет Да Если «Да» укажите Ф.И.О. и должность ИПДЛ _____

При замене Страхователя

Прошу переоформить полис на мое имя, с Условиями договора согласен

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» Страхователь дает согласие Страховщику на проверку и обработку персональных данных, совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, указанных в настоящем договоре страхования, в целях заключения и исполнения договора страхования, при уступке (передаче) каких-либо прав (обязательств) по нему, в целях предложения Страхователю иных услуг Страховщика. Кроме того, Страхователь дает согласие на обработку его персональных данных третьими лицами, которым Страховщик может поручить такую обработку, в соответствии со списком, размещенным на официальном сайте Страховщика. Указанное согласие действует бессрочно и может быть отозвано путем направления Страховщику письма с указанием данных, определенных ст.14 Федерального закона «О персональных данных». Страхователь осведомлен, что сообщение ложных, а также неполных сведений по вопросам, сформулированным в данном Заявлении, может являться основанием для признания договора страхования недействительным.

Ф.И.О. нового Страхователя _____ **Подпись** _____

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» Страхователь дает согласие Страховщику на проверку и обработку персональных данных, совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, указанных в настоящем договоре страхования, в целях заключения и исполнения договора страхования, при уступке (передаче) каких-либо прав (обязательств) по нему, в целях предложения Страхователю иных услуг Страховщика. Кроме того, Страхователь дает согласие на обработку его персональных данных третьими лицами, которым Страховщик может поручить такую обработку, в соответствии со списком, размещенным на официальном сайте Страховщика. Указанное согласие действует бессрочно и может быть отозвано путем направления Страховщику письма с указанием данных, определенных ст.14 Федерального закона «О персональных данных». Страхователь осведомлен, что сообщение ложных, а также неполных сведений по вопросам, сформулированным в данном Заявлении, может являться основанием для признания договора страхования недействительным.

СТРАХОВАТЕЛЬ (Ф.И.О.) _____ **Подпись** _____

Страховой консультант (Ф.И.О.) _____ **Подпись** _____

2. ИЗМЕНЕНИЕ Ф.И.О., ПАСПОРТНЫХ ДАННЫХ ЗАСТРАХОВАННОГО **НОВЫЕ ДАННЫЕ**

Ф. И. О. _____			
ПОЛ: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	ДАТА РОЖДЕНИЯ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ Г.	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ _____	
МЕСТО РОЖДЕНИЯ _____			
ПАСПОРТ/СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ _____			
ИНН (при наличии) _____		СНИЛС (при наличии) _____	
ТЕЛЕФОН (МОБ.) _____		ТЕЛЕФОН (ДОМ.) _____	E-MAIL _____
Адрес регистрации по месту жительства			
ИНДЕКС _____		ОБЛАСТЬ (КРАЙ) _____	
РАЙОН _____		НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД) _____	
УЛИЦА _____	ДОМ _____	КОРПУС _____	КВАРТИРА _____
<p>В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» Страхователь дает согласие Страховщику на проверку и обработку персональных данных, совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, указанных в настоящем договоре страхования, в целях заключения и исполнения договора страхования, при уступке (передаче) каких-либо прав (обязательств) по нему, в целях предложения Страхователю иных услуг Страховщика. Кроме того, Страхователь дает согласие на обработку его персональных данных третьими лицами, которым Страховщик может поручить такую обработку, в соответствии со списком, размещенным на официальном сайте Страховщика. Указанное согласие действует бессрочно и может быть отозвано путем направления Страховщику письма с указанием данных, определенных ст.14 Федерального закона «О персональных данных». Страхователь осведомлен, что сообщение ложных, а также неполных сведений по вопросам, сформулированным в данном Заявлении, может являться основанием для признания договора страхования недействительным.</p>			
Застрахованный/Законный представитель Застрахованного (если Застрахованный моложе 18 лет)			
Ф.И.О. _____		Подпись _____	

3. ИЗМЕНЕНИЕ ДАННЫХ ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ ИЛИ ЗАМЕНА ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ

<input type="checkbox"/> ИЗМЕНЕНИЕ ДАННЫХ ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ		<input type="checkbox"/> ЗАМЕНУ ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ	
1. ДОЛЯ, % _____	Ф.И.О. / Наименование организации (полное) и наименование на иностранном языке (если имеется) _____		
ДАТА РОЖДЕНИЯ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ Г.		МЕСТО РОЖДЕНИЯ _____	
НОМЕР ПАСПОРТА/СВ-ВА О РОЖДЕНИИ СЕРИЯ _____		НОМЕР _____	КОГДА __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ Г. КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ _____
ПОЛ: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	КЕМ ВЫДАН _____		
СТЕПЕНЬ РОДСТВА С ЗАСТРАХОВАННЫМ _____		ГРАЖДАНСТВО _____	
ИНН (при наличии) _____		СНИЛС (при наличии) _____	
АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА _____			
2. ДОЛЯ, % _____	Ф.И.О. / Наименование организации (полное) и наименование на иностранном языке (если имеется) _____		
ДАТА РОЖДЕНИЯ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ Г.		МЕСТО РОЖДЕНИЯ _____	
НОМЕР ПАСПОРТА/СВ-ВА О РОЖДЕНИИ СЕРИЯ _____		НОМЕР _____	КОГДА __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ Г. КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ _____
ПОЛ: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	КЕМ ВЫДАН _____		
СТЕПЕНЬ РОДСТВА С ЗАСТРАХОВАННЫМ _____		ГРАЖДАНСТВО _____	
ИНН (при наличии) _____		СНИЛС (при наличии) _____	
АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА _____			

При замене Выгодоприобретателя

С заменой Выгодоприобретателя согласен:
Застрахованный/Законный представитель Застрахованного (если Застрахованный моложе 18 лет)
 Ф.И.О. _____ Подпись _____

Для полисов «Солнышко» (LC), «Мое Солнышко» (MC):
 Отметить в случае, если Выгодоприобретателем на случай смерти или дожития Основного Застрахованного назначается Застрахованный Ребенок. В случае, если поле не отмечено, Выгодоприобретатель назначается только на случай смерти Основного Застрахованного.

ЖЕЛАЕМАЯ ДАТА ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ Г. __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ Г.

Подтверждаю достоверность и полноту предоставленной мною информации и разрешаю ООО « ППФ Страхование жизни» использовать ее для исполнения договора страхования

ДАТА ОФОРМЛЕНИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ Г.

СТРАХОВАТЕЛЬ	Ф.И.О. _____
ПОДПИСЬ СТРАХОВАТЕЛЯ	Подтверждаю, что все сведения о Страхователе, Застрахованном, Выгодоприобретателе являются достоверными.

ЗАПОЛНЯЕТСЯ АГЕНТОМ (страховым консультантом)	ЗАПОЛНЯЕТСЯ СОТРУДНИКОМ ООО " ППФ Страхование жизни"
ДАТА ПРИНЯТИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ Г.	ДАТА ПРИНЯТИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ Г.
Ф.И.О. КОНСУЛЬТАНТА _____	Ф.И.О. СОТРУДНИКА _____
ПОДПИСЬ _____	ПОДПИСЬ _____
АГЕНТСТВО № _____	

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ



СТРАХОВАТЕЛЬ-ЮЛ		Наименование организации (полное) и наименование на иностранном языке (если имеется)	
Наименование организации (сокращенное)			
Организационно правовая форма		Дата государственной регистрации ____ Г.	
ИНН (или код иностранной организации для нерезидента) _____			
ОГРН (серия и номер) или регистрационный номер в стране регистрации для нерезидента _____			
Ф. И. О. Представителя			
ЛИЦО, ПОДПИСЫВАЮЩЕЕ ДОГОВОР, ДЕЙСТВУЕТ НА ОСНОВАНИИ: <input type="checkbox"/> УСТАВА <input type="checkbox"/> ДОВЕРЕННОСТИ			
№ _____ от _____ Г.			
ТЕЛЕФОН (МОБ.)		ТЕЛЕФОН (ДОМ.)	E-MAIL
Укажите ОДИН способ получения уведомлений с напоминанием об оплате или выберите отказ от получения уведомлений: <input type="checkbox"/> на номер мобильного телефона <input type="checkbox"/> по электронной почте на указанный e-mail <input type="checkbox"/> Почтой России на фактический адрес <input type="checkbox"/> отказ от уведомлений			
Адрес регистрации по месту жительства			
ИНДЕКС _____		ОБЛАСТЬ (КРАЙ)	
РАЙОН		НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД)	
УЛИЦА	ДОМ	КОРПУС	КВАРТИРА
ТЕЛЕФОН (РАБ.)		ФАКС	
Адрес фактического места жительства <input type="checkbox"/> Отметить в случае, если совпадает с адресом регистрации			
ИНДЕКС _____		ОБЛАСТЬ (КРАЙ)	
РАЙОН		НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД)	
УЛИЦА	ДОМ	КОРПУС	КВАРТИРА
ТЕЛЕФОН (РАБ.)		ФАКС	
СТРАХОВАТЕЛЬ-ИП		Ф. И. О.	
ПОЛ: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	ДАТА РОЖДЕНИЯ ____ Г.	ОГРНИП (серия и номер) или регистрационный номер в стране регистрации для нерезидента	
ГРАЖДАНСТВО	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ	Дата государственной регистрации ____ Г.	
МЕСТО РОЖДЕНИЯ		НАИМЕНОВАНИЕ И АДРЕС РЕГИСТРИРУЮЩЕГО ОРГАНА (ДЛЯ ИП)	
ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ		_____	
НАИМЕНОВАНИЕ _____ СЕРИЯ _____ НОМЕР _____		_____	
КЕМ ВЫДАН		ИНН ИП _____	
КОГДА _____ Г. КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ		ФИО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	
МЕСТО РАБОТЫ		_____	
АДРЕС МЕСТА РАБОТЫ (с индексом) _____		_____	
ДОЛЖНОСТЬ		ЛИЦО, ПОДПИСЫВАЮЩЕЕ ДОГОВОР, ДЕЙСТВУЕТ НА ОСНОВАНИИ:	
ТЕЛЕФОН (РАБ.)		<input type="checkbox"/> УСТАВА <input type="checkbox"/> ДОВЕРЕННОСТИ	
ТЕЛЕФОН (МОБ.)		№ _____ от _____ Г.	
ФАКС	E-MAIL	ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ КЛАСС (если Страхователь является Застрахованным) __	
Укажите ОДИН способ получения уведомлений с напоминанием об оплате или выберите отказ от получения уведомлений: <input type="checkbox"/> на номер мобильного телефона <input type="checkbox"/> по электронной почте на указанный e-mail <input type="checkbox"/> Почтой России на фактический адрес <input type="checkbox"/> отказ от уведомлений			
Адрес регистрации по месту жительства <input type="checkbox"/> Отметить, если является основным адресом для направления почтовой корреспонденции			
ИНДЕКС _____		ОБЛАСТЬ (КРАЙ)	
РАЙОН		НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД)	
УЛИЦА	ДОМ	КОРПУС	КВАРТИРА
Адрес фактического места жительства <input type="checkbox"/> Отметить в случае, если совпадает с адресом регистрации <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Отметить, если является основным адресом для направления почтовой корреспонденции			
ИНДЕКС _____		ОБЛАСТЬ (КРАЙ)	
РАЙОН		НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД)	
УЛИЦА	ДОМ	КОРПУС	КВАРТИРА
Данные документа, подтверждающего права иностранного гражданина/лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации: серия _____ номер _____ дата начала и окончания срока действия права пребывания _____			
Данные миграционной карты (для иностранных граждан) серия _____ номер _____			
Дата начала срока пребывания _____ Г. Дата окончания срока пребывания _____ Г.			
Являетесь ли Вы иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ)? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если «Да» укажите Должность _____ Документ, подтверждающий статус иностранного публичного должностного лица _____			
Являетесь ли Вы членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителями и детьми, дедушкой, бабушкой и внуками), полнородным и неполнородным (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным)? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если «Да» укажите Степень родства _____ Ф.И.О. и должность ИПДЛ _____			
Являетесь ли Вы представителем иностранного публичного должностного лица/действуете от его имени? (нужное подчеркнуть) <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если «Да» укажите Ф.И.О. и должность ИПДЛ _____			
СТРАХОВАТЕЛЬ (Ф.И.О.)		Подпись	
Страховой консультант (Ф.И.О.)		Подпись	