

## ЗАЯВЛЕНИЕ О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

Страховой полис/Договор  от    г.

### ЗАЯВИТЕЛЬ ЯВЛЯЕТСЯ:

Страхователем  Законным представителем Страхователя\*

Фамилия

Имя

Отчество

### 1. Прошу изменить следующие данные:

**Документ удостоверяющий личность:**

Страхователя  Застрахованного лица  Выгодоприобретателя

Паспорт РФ

серия:  №  дата выдачи:  .  .  г. код подразделения  -

кем выдан:

Иной документ

наименование документа:  серия, номер

Дата начала и дата окончания срока действия права пребывания (проживания) в РФ:

**ФИО:**

Фамилия  (Полностью)

Имя  (Полностью)

Отчество  (Полностью)

**Гражданство:**

Наличие гражданства  Да  Нет Если "да",  
в иностранном государстве: то указать страну:

Наличие вида на жительство  Да  Нет Если "да",  
в иностранном государстве: то указать страну:

**Адрес по месту регистрации:**

Индекс  Область (край)  Район

Населенный пункт (город)  Улица  Дом  Корпус  Квартира

**Адрес фактического места жительства:**

Совпадает с местом регистрации

Индекс  Область (край)  Район

Населенный пункт (город)  Улица  Дом  Корпус  Квартира

**Контактная информация:**

Моб. Телефон:

e-mail:

\* Реквизиты документа, подтверждающего полномочия (для Представителей):

(наименование документа, серия, номер, дата выдачи, срок действия)

**2. Изменить список выгодоприобретателей:**

<b>Фамилия</b>											(Полностью)						
<b>Имя</b>											(Полностью)						
<b>Отчество</b>											(Полностью)						
Дата рождения:												г.	, Родственная связь		Доля		%
<b>Фамилия</b>											(Полностью)						
<b>Имя</b>											(Полностью)						
<b>Отчество</b>											(Полностью)						
Дата рождения:												г.	, Родственная связь		Доля		%
<b>Фамилия</b>											(Полностью)						
<b>Имя</b>											(Полностью)						
<b>Отчество</b>											(Полностью)						
Дата рождения:												г.	, Родственная связь		Доля		%
<b>Фамилия</b>											(Полностью)						
<b>Имя</b>											(Полностью)						
<b>Отчество</b>											(Полностью)						
Дата рождения:												г.	, Родственная связь		Доля		%
<b>С назначением Выгодоприобретателя (лей) согласен (на):</b>															ФИО застрахованного		

**3. Данные ниже ОБЯЗАТЕЛЬНЫ к заполнению**

Являетесь ли Вы публичным должностным лицом, указанным в ст.7.3 Федерального закона №115-ФЗ от 07.08.2001 г.?

Да     Нет

Если "ДА", укажите должность, наименование и адрес работодателя:

Являетесь ли Вы членом семьи публичного должностного лица, указанного в ст. 7.3. Федерального закона № 115-ФЗ от 07.08.2001 (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)?

Да     Нет

Если "ДА", укажите степень родства, должность, наименование и адрес работодателя публичного должностного лица:

Ф.И.О., наименование, адрес работодателя и должность ПДЛ :

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

Да     Нет

Если "ДА", Ф.И.О., наименование и адрес работодателя, и должность ПДЛ :

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.

Подпись	ФИО Страхователя/представителя	Дата заполнения
---------	--------------------------------	-----------------

**Поля заполняются сотрудником/агентом ООО СК "БКС Страхование жизни"**

Подпись	ФИО Сотрудника	Должность
---------	----------------	-----------