

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ИЗМЕНЕНИЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ, ЗАМЕНУ И (ИЛИ) НАЗНАЧЕНИЕ ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ(ЕЙ)

Договор страхования от

ЗАЯВИТЕЛЬ

Страхователь Застрахованный Выгодоприобретатель Представитель

Страхователь может подать заявление на изменение перс. данных как своих, так и по Выгодоприобретателю. Выгодоприобретатель также может самостоятельно подать заявление на изменение своих перс. данных.

ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ

Фамилия Имя Отчество	<input type="text" value="Иванов Иван Иванович"/>	дата рождения	<input type="text" value="01"/> <input type="text" value="01"/> <input type="text" value="2001"/>				
Наименование документа	<input type="text" value="паспорт"/>	серия	<input type="text" value="1111"/>	номер	<input type="text" value="111111"/>	дата выдачи	<input type="text" value="01"/> <input type="text" value="01"/> <input type="text" value="2001"/>
кем выдан	<input type="text" value="ГУ МВД РОССИИ"/>						
код подразделения	<input type="text" value="111-111"/>						
ИНН	<input type="text"/>		СНИЛС	<input type="text"/>			
Контактный телефон	<input type="text" value="8-000-000-00-00"/>	Email	<input type="text" value="ivanovi@mail.ru"/>				

АДРЕС ПО МЕСТУ ПОСТОЯННОЙ РЕГИСТРАЦИИ

Индекс	<input type="text" value="111111"/>	адрес	<input type="text" value="Московская обл., г. Москва, ул. Ленина, д.1, корп.1, кв.1"/>
--------	-------------------------------------	-------	--

АДРЕС ФАКТИЧЕСКОГО ПРОЖИВАНИЯ / ПОЧТОВЫЙ АДРЕС

Совпадает с адресом постоянной регистрации

Необходимо выбрать один из параметров

Индекс	<input type="text"/>	адрес	<input type="text"/>
--------	----------------------	-------	----------------------

ВАЖНО! В случае, если заявление заполняется представителем, укажите документ, подтверждающий полномочия

Наименование документа	<input type="text"/>	серия	<input type="text"/>	номер	<input type="text"/>	дата выдачи	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
------------------------	----------------------	-------	----------------------	-------	----------------------	-------------	--

ПРОШУ:

Изменить персональные данные Назначить выгодоприобретателя(ей) Исключить ранее назначенного(ых) выгодоприобретателя(ей) и установить в его(их) качестве наследников по закону

В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ВЫБРАН ПАРАМЕТР «ИЗМЕНИТЬ ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ», УТОЧНИТЕ НИЖЕ, В ЧАСТИ КОГО НЕОБХОДИМО ВНЕСТИ ИЗМЕНЕНИЯ

Страхователя Застрахованного Выгодоприобретателя

в полях ниже заполняются те поля перс. данных, которые подлежат изменению. При этом указание ФИО является обязательным!

ЗАПОЛНИТЕ ПАРАМЕТР(Ы), ПОДЛЕЖАЩИЕ ИЗМЕНЕНИЮ

Фамилия Имя Отчество	<input type="text" value="СИДОРОВ СЕРГЕЙ СЕРГЕЕВИЧ"/>	дата рождения	<input type="text" value="01"/> <input type="text" value="01"/> <input type="text" value="2001"/>
-------------------------	---	---------------	---

ДАнные ДОКУМЕНТА, УДОСТОВЕРЯЮЩЕГО ЛИЧНОСТЬ

Наименование документа	<input type="text" value="ПАСПОРТ"/>	серия	<input type="text" value="1111"/>	номер	<input type="text" value="111111"/>	дата выдачи	<input type="text" value="01"/> <input type="text" value="01"/> <input type="text" value="2001"/>
кем выдан	<input type="text" value="ГУ МВД РОССИИ"/>						
код подразделения	<input type="text" value="111-111"/>						
ИНН	<input type="text"/>		СНИЛС	<input type="text"/>			
Контактный телефон	<input type="text" value="8-000-000-00-00"/>	Email	<input type="text" value="IVANOVI@MAIL.RU"/>				

АДРЕС ПО МЕСТУ ПОСТОЯННОЙ РЕГИСТРАЦИИ

Индекс	<input type="text" value="111111"/>	Адрес	<input type="text" value="Московская обл., г. Москва, ул. Ленина, д.1, корп.1, кв.1"/>
--------	-------------------------------------	-------	--

АДРЕС ФАКТИЧЕСКОГО ПРОЖИВАНИЯ / ПОЧТОВЫЙ АДРЕС

Совпадает с адресом постоянной регистрации

Индекс Адрес

Другое

ВАЖНО! В случае изменения персональных данных приложите к заявлению копию паспорта

В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ВЫБРАН ПАРАМЕТР «НАЗНАЧИТЬ ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ(ЕЙ)», УТОЧНИТЕ НИЖЕ, ПО РИСКАМ КОГО НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ(ЕЙ) И ЗАПОЛНИТЕ НЕОБХОДИМЫЕ ПОЛЯ

1. По рискам застрахованного лица По рискам застрахованного ребёнка По рискам дожития застрахованного лица

Фамилия дата рождения
Имя Отчество
Родственная связь Доля, %

2. По рискам застрахованного лица По рискам застрахованного ребёнка По рискам дожития застрахованного лица

Фамилия дата рождения
Имя Отчество
Родственная связь Доля, %

3. По рискам застрахованного лица По рискам застрахованного ребёнка По рискам дожития застрахованного лица

Фамилия дата рождения
Имя Отчество
Родственная связь Доля, %

ВАЖНО! В случае изменения выгодоприобретателя(ей) необходимо согласие застрахованного лица

Подпись _____ (_____) _____ дата
ФИО застрахованного лица

Страхователь осведомлен, что сообщение ложных, а также неполных сведений по вопросам, сформулированным в данном Заявлении, может являться основанием для признания договора страхования недействительным.

Страхователь уведомлен о необходимости подписания Дополнительного соглашения к Договору страхования о назначении выгодоприобретателя не позднее 1 (Одного месяца) с даты подписания настоящего Заявления.

К ЗАЯВЛЕНИЮ ПРИЛАГАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ:

Копия паспорта Документ, подтверждающий полномочия представителя Иное

В случае, если выбран параметр «иное», уточните ниже, перечень приложенных документов

Настоящим Я, действуя своей волей и в своем интересе, предоставляю Обществу с ограниченной ответственностью Страховая компания «БКС Страхование жизни» (далее – Компания, Оператор) (ОГРН: 5177746400607, место нахождения: 129110, г. Москва, проспект Мира, д. 69, стр. 1, этаж 9, помещ. XV, ком. 1) право (согласие) на обработку моих персональных данных указанных в Заявлении-Анкете Клиента и приложениях к нему любыми способами, установленными законодательством РФ в целях исполнения настоящего Заявления-Анкеты, а также заключенного со мной договора страхования. Настоящее право (согласие) действует до достижения всех указанных целей обработки персональных данных за исключением случаев, когда более длительный срок их обработки предусмотрен действующим законодательством РФ.

Подпись _____ (_____) _____ дата
ФИО страхователя/представителя

ПОЛЯ ЗАПОЛНЯЮТСЯ СОТРУДНИКОМ/АГЕНТОМ ООО СК «БКС СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ»

Подпись _____ (_____) _____ дата
ФИО сотрудника/агента

ООО СК «БКС Страхование жизни». Лицензия ЦБ РФ СЖ № 4365, СЛ № 4365 от 01.11.2018.

Адрес места нахождения: 129110, РФ, г. Москва, Проспект Мира, 69, стр.1, этаж 9, помещ. XV, ком. 1. Тел.: + 7 (495) 745-50-21; +7 800-500-50-21

STR0036