

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ИЗМЕНЕНИЕ БАНКОВСКИХ РЕКВИЗИТОВ И/ИЛИ ВЫДАЧУ ДУБЛИКАТА

Договор страхования от

ЗАЯВИТЕЛЬ

Страхователь Представитель

ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ

Фамилия дата рождения
Имя Отчество

ДАННЫЕ ДОКУМЕНТА, УДОСТОВЕРЯЮЩЕГО ЛИЧНОСТЬ

Наименование документа серия номер дата выдачи

кем выдан

код подразделения

ИНН СНИЛС

Контактный телефон Email

АДРЕС ПО МЕСТУ ПОСТОЯННОЙ РЕГИСТРАЦИИ

Индекс Адрес

АДРЕС ФАКТИЧЕСКОГО ПРОЖИВАНИЯ / ПОЧТОВЫЙ АДРЕС

Совпадает с адресом постоянной регистрации

Индекс Адрес

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

Наименование документа серия номер дата выдачи

ПРОШУ:

- Внести изменения в реквизиты для выплаты начисленного инвестиционного дохода (при наличии)
 Направлять начисленный инвестиционный доход (при наличии) в счет уплаты взносов по договору страхования

В СЛУЧАЕ ВЫБОРА ПУНКТА «ВНЕСТИ ИЗМЕНЕНИЯ В РЕКВИЗИТЫ ДЛЯ ВЫПЛАТЫ НАЧИСЛЕННОГО ИНВЕСТИЦИОННОГО ДОХОДА (ПРИ НАЛИЧИИ)», ЗАПОЛНИТЕ РЕКВИЗИТЫ ПОЛНОСТЬЮ В ТАБЛИЦЕ НИЖЕ И(ИЛИ) ПРИЛОЖИТЕ РЕКВИЗИТЫ К ЗАЯВЛЕНИЮ

Наименование банка

Получатель платежа

Номер счета

Корреспондентский счет

БИК банка ИНН банка

В СЛУЧАЕ ВЫБОРА ПУНКТА «НАПРАВЛЯТЬ НАЧИСЛЕННЫЙ ИНВЕСТИЦИОННЫЙ ДОХОД В СЧЕТ УПЛАТЫ ВЗНОСОВ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ», ЗАПОЛНИТЕ ДАННЫЕ НИЖЕ

Договор страхования

от

ФИО страхователя

Выдать, в связи с утерей, дубликат(ы) документа(ов)

В СЛУЧАЕ ВЫБОРА ПУНКТА «ВЫДАТЬ, В СВЯЗИ С УТЕРЕЙ, ДУБЛИКАТ(Ы) ДОКУМЕНТА(ОВ)», УТОЧНИТЕ НИЖЕ, ДУБЛИКАТ КАКОГО ДОКУМЕНТА НЕОБХОДИМО ПОЛУЧИТЬ

- Дубликат договора страхования
 Дубликат дополнительного соглашения

В случае, если необходимо получить дубликаты 2 и более договоров, перечислите ниже номера договоров страхования:

Указанные документы просьба направить по адресу:

Индекс

111111

Адрес

Московская обл., г. Москва, ул. Ленина, д.1, корп.1, кв.1

ВАЖНО! Для идентификации заявителя обязательно приложите копию паспорта

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

_____ (_____)

ФИО страхователя/представителя

дата

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

Подпись

_____ (_____)

ФИО сотрудника/агента

дата

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