

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ИЗМЕНЕНИЕ БАНКОВСКИХ  
РЕКВИЗИТОВ И/ИЛИ ВЫДАЧУ ДУБЛИКАТА**

Договор страхования

от

**ЗАЯВИТЕЛЬ** Страхователь  Представитель**ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ**Фамилия  
Имя Отчестводата  
рождения**ДАННЫЕ ДОКУМЕНТА, УДОСТОВЕРЯЮЩЕГО ЛИЧНОСТЬ**Наименование  
документа

серия

номер

кем выдан

дата выдачи

код подразделения

контактный  
телефон

E-mail

**АДРЕС 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 полномочияНаименование  
документа

серия

номер

дата  
выдачи**ПРОШУ:** Выдать, в связи с утерей, дубликат документа**В СЛУЧАЕ ВЫБОРА ПУНКТА «ВЫДАТЬ, В СВЯЗИ С УТЕРЕЙ, ДУБЛИКАТ ДОКУМЕНТА», 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  адрес

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», ЗАПОЛНИТЕ РЕКВИЗИТЫ ПОЛНОСТЬЮ В ТАБЛИЦЕ НИЖЕ**

Наименование банка	<input type="text"/>		
Получатель платежа	<input type="text"/>		
Номер счета	<input type="text"/>		
Корреспондентский счет	<input type="text"/>		
БИК банка	<input type="text"/>	ИНН банка	<input type="text"/>

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

Договор страхования  от

ФИО Страхователя

**К ЗАЯВЛЕНИЮ ПРИЛАГАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ:**

Копия паспорта  Документ, подтверждающий полномочия представителя

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) согласие на обработку персональных данных указанных в настоящем документе и приложениях к нему любыми способами (как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств –на бумаге) включая: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, в целях исполнения договора страхования, а также выполнения возложенных на Оператора функций, полномочий и обязанностей. Настоящее согласие действует до достижения всех указанных целей обработки персональных данных за исключением случаев, когда более длительный срок их обработки предусмотрен действующим законодательством РФ. В случае предоставления Оператору в настоящем документе персональных данных третьих лиц – субъектов персональных данных (выгодоприобретателей, страхователей и т.п.) гарантирую, что мной было получено согласие таких лиц на передачу и дальнейшую обработку их данных Оператором в заявленных выше целях. Информация, предусмотренная частью 3 статьи 18 ФЗ «О персональных данных» указанным лицам предоставлена, в связи с чем Компания освобождается от обязанности информирования субъекта персональных данных о получении персональных данных не от субъекта персональных данных.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(дата)	(подпись)	(ФИО заявителя)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(дата)	(подпись)	(ФИО сотрудника / агента)