

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПЕРСОНАЛЬНЫЕ
ДАнные И/ ИЛИ РЕКВИЗИТЫ**

Страховой полис/договор _____ от _____._____.

ЗАЯВИТЕЛЬ Страхователь Застрахованный Выгодоприобретатель Представитель Страхователя*

Фамилия _____

Имя _____ Отчество _____

Документ, удостоверяющий личность: наименование документа _____

серия _____ номер _____ дата выдачи _____._____._____ код подразделения _____

кем выдан _____

Адрес места жительства (регистрации): индекс _____ область (край) _____

район _____ населенный пункт _____

улица _____ дом _____ строение, корпус _____ квартира _____

Адрес места пребывания: индекс _____ область (край) _____

район _____ населенный пункт _____

улица _____ дом _____ строение, корпус _____ квартира _____

Контактный телефон _____ email _____

* Реквизиты документа, подтверждающего полномочия Представителя (наименование документа, серия, номер, дата выдачи, срок действия)

1. ПРОШУ ИЗМЕНИТЬ ДАННЫЕ: Страхователя Застрахованного лица Выгодоприобретателя

Фамилия _____

Имя _____ Отчество _____

Дата рождения _____._____._____ Место рождения _____ Страна рождения _____

Документ, удостоверяющий личность: наименование документа _____

серия _____ номер _____ дата выдачи _____._____._____ код подразделения _____

кем выдан _____

Моб. телефон _____ доп. телефон _____ email _____

Адрес регистрации или пребывания: индекс _____ область (край) _____

район _____ населенный пункт _____

улица _____ дом _____ строение, корпус _____ квартира _____

Гражданство (при наличии нескольких указать все): Российская Федерация отсутствует иное _____

Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства:

 Нет Да, страна(ы) _____ ИНН/TIN _____

Дополнительно для иностранных граждан и лиц без гражданства необходимо предоставить данные миграционной карты:

серия _____ номер _____ даты начала _____._____._____ и окончания _____._____._____ срока пребывания

Документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ:

наименование документа _____ серия _____ номер _____

даты начала _____._____._____ и окончания _____._____._____ срока действия права пребывания(проживания) в РФ

2. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНЫ К ЗАПОЛНЕНИЮ)

Являетесь ли Вы публичным должностным лицом, указанным в ст.7.3 Федерального закона №115-ФЗ от 07.08.2001? 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 ФИО, должность ПДЛ, наименование и адрес работодателя:

Степень родства либо статус по отношению к ПДЛ:

Являетесь ли Вы/ назначенные Вами Выгодоприобретатели представителем публичного должностного лица/ действуете от его имени? Да Нет

Если «ДА», укажите ФИО, должность ПДЛ, наименование и адрес работодателя:

Степень родства либо статус по отношению к ПДЛ:

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» Страхователь дает согласие ООО СК «БКС Страхование жизни» (ОГРН 5177746400607, местонахождение: Российская Федерация, 129110, г. Москва, проспект Мира, 69, стр. 1) 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 ООО СК «БКС Страхование жизни» (ОГРН 5177746400607, местонахождение: Российская Федерация, 129110, г. Москва, проспект Мира, 69, стр. 1). Кроме того, Страхователь дает согласие на обработку его персональных данных третьими лицами, которым ООО СК «БКС Страхование жизни» (ОГРН 5177746400607, местонахождение: Российская Федерация, 129110, г. Москва, проспект Мира, 69, стр. 1) может поручить такую обработку, в соответствии со списком, размещенным на официальном сайте ООО СК «БКС Страхование жизни» (ОГРН 5177746400607, местонахождение: Российская Федерация, 129110, г. Москва, проспект Мира, 69, стр. 1). Указанное согласие действует бессрочно и может быть отозвано путем составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес ООО СК «БКС Страхование жизни» заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю ООО СК «БКС Страхование жизни». В случае поступления ООО СК «БКС Страхование жизни» от Страхователя письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, согласие считается отозванным с даты поступления указанного заявления Страхователю. После окончания срока действия Договора страхования (в том числе при его расторжении) или отзыва согласия на обработку персональных данных ООО СК «БКС Страхование жизни» обязуется прекратить обработку 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 _____ (_____) Дата ..
фио страхователя/представителя

Поля заполняются сотрудником/агентом ООО СК «БКС Страхование жизни»

Подпись _____ (_____) Дата ..
фио сотрудника/агента