

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

Договор страхования

от

### ЗАЯВИТЕЛЬ

 Страхователь  Застрахованный  Выгодоприобретатель  Представитель

### ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ

Фамилия  
Имя Отчестводата  
рождения

### ДАННЫЕ ДОКУМЕНТА, УДОСТОВЕРЯЮЩЕГО ЛИЧНОСТЬ

Наименование  
документасерия  
(при наличии)

номер

кем выдан

дата выдачи

код подразделения  
(при наличии)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:

 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

## ЗАПОЛНИТЕ ПАРАМЕТР(Ы), ПОДЛЕЖАЩИЕ ИЗМЕНЕНИЮ

Фамилия  Имя Отчество  дата рождения

## ДАННЫЕ ДОКУМЕНТА, УДОСТОВЕРЯЮЩЕГО ЛИЧНОСТЬ

Наименование документа  Серия (при наличии)  номер

кем выдан

дата выдачи  код подразделения (при наличии)

СНИЛС (при наличии)  ИНН (при наличии)

контактный телефон  E-mail

Гражданство  Место рождения

## АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ

Индекс  адрес

## АДРЕС ФАКТИЧЕСКОГО ПРОЖИВАНИЯ / ПОЧТОВЫЙ АДРЕС

Совпадает с адресом постоянной регистрации

Индекс  адрес

## ЯВЛЯЕТЕСЬ ЛИ ВЫ ПУБЛИЧНЫМ ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦОМ, УКАЗАННЫМ В СТ.7.3 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА №115-ФЗ ОТ 07.08.2001 Г.?

Да  Нет

В случае ответа «Да» укажите ниже должность и наименование и адрес работодателя

Должность  Наименование работодателя

Индекс  адрес

## ЯВЛЯЕТЕСЬ ЛИ ВЫ СУПРУГОМ ИЛИ БЛИЗКИМ РОДСТВЕННИКОМ ПУБЛИЧНОГО ДОЛЖНОСТНОГО ЛИЦА, УКАЗАННОГО В СТ.7.3 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА №115-ФЗ ОТ 07.08.2001 Г.?

Да  Нет

В случае ответа «Да» укажите ниже укажите степень родства, либо статус по отношению к указанному лицу

## ДЕКЛАРАЦИЯ

- Имею положительную деловую репутацию, стабильное финансовое положение.
- Источники происхождения денежных средств и (или) иного имущества: Заработная плата

Иное (указать)

- Не имею бенефициарного владельца, действую к собственной выгоде.

Отметить при несогласии  Не согласен

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

### Выгодоприобретатель № 1

- По рискам застрахованного лица  По рискам застрахованного ребёнка  По рискам дожития застрахованного лица

Фамилия Имя Отчество	<input type="text"/>	дата рождения	<input type="text"/>
Родственная связь	<input type="text"/>	Доля, %	<input type="text"/>

### Выгодоприобретатель № 2

- По рискам застрахованного лица  По рискам застрахованного ребёнка  По рискам дожития застрахованного лица

Фамилия Имя Отчество	<input type="text"/>	дата рождения	<input type="text"/>
Родственная связь	<input type="text"/>	Доля, %	<input type="text"/>

### Выгодоприобретатель № 3

- По рискам застрахованного лица  По рискам застрахованного ребёнка  По рискам дожития застрахованного лица

Фамилия Имя Отчество	<input type="text"/>	дата рождения	<input type="text"/>
Родственная связь	<input type="text"/>	Доля, %	<input type="text"/>

### Выгодоприобретатель № 4

- По рискам застрахованного лица  По рискам застрахованного ребёнка  По рискам дожития застрахованного лица

Фамилия Имя Отчество	<input type="text"/>	дата рождения	<input type="text"/>
Родственная связь	<input type="text"/>	Доля, %	<input type="text"/>

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

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

Страхователь уведомлен, 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) 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.

(дата)

(подпись)

(ФИО заявителя)

(дата)

(подпись)

(ФИО сотрудника / агента)