

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**на изменение данных о Страхователе, Застрахованном, Выгодоприобретателе**

Я, Ф. И. О. \_\_\_\_\_  
 являясь СТРАХОВАТЕЛЕМ  
 ПО ДОГОВОРУ № \_\_\_\_\_ ОТ \_\_\_\_\_ Г.  
 ПРОШУ ВНЕСТИ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ДОГОВОР:

**1. ИЗМЕНЕНИЕ ДАННЫХ СТРАХОВАТЕЛЯ ИЛИ ЗАМЕНУ СТРАХОВАТЕЛЯ**

ИЗМЕНЕНИЕ ДАННЫХ СТРАХОВАТЕЛЯ  ЗАМЕНУ СТРАХОВАТЕЛЯ

**СТРАХОВАТЕЛЬ-ФЛ** Если страхователь является юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем, то заполните данные о Страхователе в разделе «Дополнительная информация»

Ф. И. О. \_\_\_\_\_

ПОЛ:  М  Ж | ДАТА РОЖДЕНИЯ \_\_\_\_\_ Г. | ГРАЖДАНСТВО \_\_\_\_\_ | СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ \_\_\_\_\_

МЕСТО РОЖДЕНИЯ \_\_\_\_\_

ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ \_\_\_\_\_

НАИМЕНОВАНИЕ \_\_\_\_\_ СЕРИЯ \_\_\_\_\_ НОМЕР \_\_\_\_\_

КЕМ ВЫДАН \_\_\_\_\_ КОГДА \_\_\_\_\_ Г. КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

ТЕЛЕФОН (МОБ.) \_\_\_\_\_ | ТЕЛЕФОН (РАБ.) \_\_\_\_\_

ТЕЛЕФОН (ДОМ.) \_\_\_\_\_ | E-MAIL \_\_\_\_\_

Укажите ОДИН способ получения уведомлений с напоминанием об оплате или выберите отказ от получения уведомлений:  
 sms на номер мобильного телефона  по электронной почте на указанный e-mail  Почтой России на фактический адрес  отказ от уведомлений

**Адрес регистрации по месту жительства**

ИНДЕКС \_\_\_\_\_ | ОБЛАСТЬ (КРАЙ) \_\_\_\_\_

РАЙОН \_\_\_\_\_ | НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД) \_\_\_\_\_

УЛИЦА \_\_\_\_\_ | ДОМ \_\_\_\_\_ | КОРПУС \_\_\_\_\_ | КВАРТИРА \_\_\_\_\_

**Адрес фактического места жительства**  Отметить в случае, если совпадает с адресом регистрации

ИНДЕКС \_\_\_\_\_ | ОБЛАСТЬ (КРАЙ) \_\_\_\_\_

РАЙОН \_\_\_\_\_ | НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД) \_\_\_\_\_

УЛИЦА \_\_\_\_\_ | ДОМ \_\_\_\_\_ | КОРПУС \_\_\_\_\_ | КВАРТИРА \_\_\_\_\_

Данные документа, подтверждающего права иностранного гражданина/лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации:  
 серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата начала и окончания срока действия права пребывания \_\_\_\_\_

Данные миграционной карты (для иностранных граждан) серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

Дата начала срока пребывания \_\_\_\_\_ Г. Дата окончания срока пребывания \_\_\_\_\_ Г.

Являетесь ли Вы/назначенные Вами Выгодоприобретатели должностными лицами публичных международных организаций или лицами, замещающими (занимающими) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации

Нет  Да Если «Да» укажите Должность \_\_\_\_\_

Являетесь ли Вы/ назначенные Вами Выгодоприобретатели иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ)?

Нет  Да Если «Да» укажите Должность \_\_\_\_\_

Документ, подтверждающий статус иностранного публичного должностного лица \_\_\_\_\_

Являетесь ли Вы/ назначенные Вами Выгодоприобретатели членом семьи иностранного публичного должностного лица, 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)?

Нет  Да Если «Да» укажите Степень родства \_\_\_\_\_

Ф.И.О. и должность ИПДЛ \_\_\_\_\_

Являетесь ли Вы/ назначенные Вами Выгодоприобретатели представителем иностранного публичного должностного лица/действуете от его имени? (нужное подчеркнуть)

Нет  Да Если «Да» укажите Ф.И.О. и должность ИПДЛ \_\_\_\_\_

**При замене Страхователя**

Прошу переоформить полис на мое имя, с Условиями договора согласен  
 В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» Страхователь дает согласие Страховщику 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 Страховщика. Кроме того, Страхователь дает согласие на обработку его персональных данных третьими лицами, которым Страховщик может поручить такую обработку, в соответствии со списком, размещенным на официальном сайте Страховщика. Указанное согласие действует бессрочно и может быть отозвано путем направления Страховщику письма с указанием данных, определенных ст.14 Федерального закона «О 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.

**Ф.И.О. нового Страхователя** \_\_\_\_\_ **Подпись** \_\_\_\_\_

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» Страхователь дает согласие Страховщику 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 Страховщика. Кроме того, Страхователь дает согласие на обработку его персональных данных третьими лицами, которым Страховщик может поручить такую обработку, в соответствии со списком, размещенным на официальном сайте Страховщика. Указанное согласие действует бессрочно и может быть отозвано путем направления Страховщику письма с указанием данных, определенных ст.14 Федерального закона «О 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.

**СТРАХОВАТЕЛЬ (Ф.И.О.)** \_\_\_\_\_ **Подпись** \_\_\_\_\_

**Страховой консультант (Ф.И.О.)** \_\_\_\_\_ **Подпись** \_\_\_\_\_

**2. ИЗМЕНЕНИЕ Ф.И.О., ПАСПОРТНЫХ ДАННЫХ ЗАСТРАХОВАННОГО** НОВЫЕ ДАННЫЕ

Ф. И. О.			
ПОЛ: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	ДАТА РОЖДЕНИЯ __ __ __ __ __ __ Г.	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ	
МЕСТО РОЖДЕНИЯ			
ПАСПОРТ/СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ __ __ __ __ __ __		ИНН	
ТЕЛЕФОН (МОБ.)		ТЕЛЕФОН (ДОМ.)	E-MAIL
<b>Адрес регистрации по месту жительства</b>			
ИНДЕКС __ __ __ __ __		ОБЛАСТЬ (КРАЙ)	
РАЙОН		НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД)	
УЛИЦА		ДОМ	КОРПУС
			КВАРТИРА
<p>В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» Страхователь дает согласие Страховщику 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 Страховщика. Кроме того, Страхователь дает согласие на обработку его персональных данных третьими лицами, которым Страховщик может поручить такую обработку, в соответствии со списком, размещенным на официальном сайте Страховщика. Указанное согласие действует бессрочно и может быть отозвано путем направления Страховщику письма с указанием данных, определенных ст.14 Федерального закона «О персональных данных».</p> <p>Страхователь осведомлен, что сообщение ложных, а также неполных сведений по вопросам, сформулированным в данном Заявлении, может являться основанием для признания договора страхования недействительным.</p>			
<b>Застрахованный/Законный представитель Застрахованного (если Застрахованный моложе 18 лет)</b>			
Ф.И.О.		Подпись	

**3. ИЗМЕНЕНИЕ ДАННЫХ ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ ИЛИ ЗАМЕНА ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ**

<input type="checkbox"/> ИЗМЕНЕНИЕ ДАННЫХ ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ		<input type="checkbox"/> ЗАМЕНУ ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ	
1. ДОЛЯ, %	Ф.И.О. / Наименование организации (полное) и наименование на иностранном языке (если имеется)		
ДАТА РОЖДЕНИЯ __ __ __ __ __ __ Г.		МЕСТО РОЖДЕНИЯ	
НОМЕР ПАСПОРТА/СВ-ВА О РОЖДЕНИИ СЕРИЯ __ __ __ __ НОМЕР __ __ __ __ __ __ КОГДА __ __ __ __ __ __ Г. КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ			
ПОЛ: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	КЕМ ВЫДАН		
СТЕПЕНЬ РОДСТВА С ЗАСТРАХОВАННЫМ		ГРАЖДАНСТВО	ИНН
АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА			
2. ДОЛЯ, %	Ф.И.О. / Наименование организации (полное) и наименование на иностранном языке (если имеется)		
ДАТА РОЖДЕНИЯ __ __ __ __ __ __ Г.		МЕСТО РОЖДЕНИЯ	
НОМЕР ПАСПОРТА/СВ-ВА О РОЖДЕНИИ СЕРИЯ __ __ __ __ НОМЕР __ __ __ __ __ __ КОГДА __ __ __ __ __ __ Г. КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ			
ПОЛ: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	КЕМ ВЫДАН		
СТЕПЕНЬ РОДСТВА С ЗАСТРАХОВАННЫМ		ГРАЖДАНСТВО	ИНН
АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА			
<b>При замене Выгодоприобретателя</b>			
С заменой Выгодоприобретателя согласен:			
<b>Застрахованный/Законный представитель Застрахованного (если Застрахованный моложе 18 лет)</b>			
Ф.И.О.		Подпись	
<p>Для полисов «Солнышко» (LC), «Мое Солнышко» (MC):</p> <p><input type="checkbox"/> Отметить в случае, если Выгодоприобретателем на случай смерти или дожития Основного Застрахованного назначается Застрахованный Ребенок. В случае, если поле не отмечено, Выгодоприобретатель назначается только на случай смерти Основного Застрахованного.</p>			

**ЖЕЛАЕМАЯ ДАТА ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ** \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ Г.

Подтверждаю достоверность и полноту предоставленной мною информации и разрешаю ООО " ППФ Страхование жизни" использовать ее для исполнения договора страхования	
ДАТА ОФОРМЛЕНИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ __ __ __ __ __ __ Г.	

**СТРАХОВАТЕЛЬ** Ф.И.О.

<b>ПОДПИСЬ СТРАХОВАТЕЛЯ</b>	Подтверждаю, что все сведения о Страхователе, Застрахованном, Выгодоприобретателе являются достоверными.
-----------------------------	--

**ЗАПОЛНЯЕТСЯ АГЕНТОМ (страховым консультантом)** ЗАПОЛНЯЕТСЯ СОТРУДНИКОМ ООО " ППФ Страхование жизни"

ДАТА ПРИНЯТИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ __ __ __ __ __ __ Г.	ДАТА ПРИНЯТИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ __ __ __ __ __ __ Г.
Ф.И.О. КОНСУЛЬТАНТА	Ф.И.О. СОТРУДНИКА
ПОДПИСЬ	ПОДПИСЬ
АГЕНТСТВО №	

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

<b>СТРАХОВАТЕЛЬ-ЮЛ</b>		Наименование организации (полное) и наименование на иностранном языке (если имеется)	
Наименование организации (сокращенное)			
Организационно правовая форма		Дата государственной регистрации __ __ __ __ __ Г.	
ИНН (или код иностранной организации для нерезидента) _____			
ОГРН (серия и номер) или регистрационный номер в стране регистрации для нерезидента _____			
Ф. И. О. Представителя			
ЛИЦО, ПОДПИСЫВАЮЩЕЕ ДОГОВОР, ДЕЙСТВУЕТ НА ОСНОВАНИИ: <input type="checkbox"/> УСТАВА <input type="checkbox"/> ДОВЕРЕННОСТИ			
№ _____ от _____ Г.			
ТЕЛЕФОН (МОБ.)		ТЕЛЕФОН (ДОМ.)	
E-MAIL			
Укажите ОДИН способ получения уведомлений с напоминанием об оплате или выберите отказ от получения уведомлений: <input type="checkbox"/> sms на номер мобильного телефона <input type="checkbox"/> по электронной почте на указанный e-mail <input type="checkbox"/> Почтой России на фактический адрес <input type="checkbox"/> отказ от уведомлений			
<b>Адрес регистрации по месту жительства</b>			
ИНДЕКС _____		ОБЛАСТЬ (КРАЙ)	
РАЙОН		НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД)	
УЛИЦА		ДОМ	КОРПУС
ТЕЛЕФОН (РАБ.)		ФАКС	
<b>Адрес фактического места жительства</b> <input type="checkbox"/> Отметить в случае, если совпадает с адресом регистрации			
ИНДЕКС _____		ОБЛАСТЬ (КРАЙ)	
РАЙОН		НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД)	
УЛИЦА		ДОМ	КОРПУС
ТЕЛЕФОН (РАБ.)		ФАКС	
<b>СТРАХОВАТЕЛЬ-ИП</b>		Ф. И. О.	
ПОЛ: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	ДАТА РОЖДЕНИЯ __ __ __ __ __ Г.		ОГРНИП (серия и номер) или регистрационный номер в стране регистрации для нерезидента
ГРАЖДАНСТВО	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ		
МЕСТО РОЖДЕНИЯ		Дата государственной регистрации __ __ __ __ __ Г.	
ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ		НАИМЕНОВАНИЕ И АДРЕС РЕГИСТРИРУЮЩЕГО ОРГАНА (для ИП)	
НАИМЕНОВАНИЕ _____ СЕРИЯ _____ НОМЕР _____			
КЕМ ВЫДАН			
КОГДА __ __ __ __ __ Г. КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ		ИНН ИП _____	
МЕСТО РАБОТЫ		ФИО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	
АДРЕС МЕСТА РАБОТЫ (с индексом) _____			
ДОЛЖНОСТЬ		ЛИЦО, ПОДПИСЫВАЮЩЕЕ ДОГОВОР, ДЕЙСТВУЕТ НА ОСНОВАНИИ:	
ТЕЛЕФОН (РАБ.)		<input type="checkbox"/> УСТАВА <input type="checkbox"/> ДОВЕРЕННОСТИ	
ТЕЛЕФОН (МОБ.)		№ _____ от _____ Г.	
ФАКС	E-MAIL	ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ КЛАСС (если Страхователь является Застрахованным) __ __	
Укажите ОДИН способ получения уведомлений с напоминанием об оплате или выберите отказ от получения уведомлений: <input type="checkbox"/> sms на номер мобильного телефона <input type="checkbox"/> по электронной почте на указанный e-mail <input type="checkbox"/> Почтой России на фактический адрес <input type="checkbox"/> отказ от уведомлений			
<b>Адрес регистрации по месту жительства</b> <input type="checkbox"/> Отметить, если является основным адресом для направления почтовой корреспонденции			
ИНДЕКС _____		ОБЛАСТЬ (КРАЙ)	
РАЙОН		НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД)	
УЛИЦА		ДОМ	КОРПУС
ТЕЛЕФОН (РАБ.)		ФАКС	
<b>Адрес фактического места жительства</b> <input type="checkbox"/> Отметить в случае, если совпадает с адресом регистрации <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Отметить, если является основным адресом для направления почтовой корреспонденции			
ИНДЕКС _____		ОБЛАСТЬ (КРАЙ)	
РАЙОН		НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД)	
УЛИЦА		ДОМ	КОРПУС
ТЕЛЕФОН (РАБ.)		ФАКС	
Данные документа, подтверждающего права иностранного гражданина/лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации: серия _____ номер _____ дата начала и окончания срока действия права пребывания _____			
Данные миграционной карты (для иностранных граждан) серия _____ номер _____ Дата начала срока пребывания __ __ __ __ __ Г. Дата окончания срока пребывания __ __ __ __ __ Г.			
<b>Являетесь ли Вы иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ)?</b> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если «Да» укажите Должность _____ Документ, подтверждающий статус иностранного публичного должностного лица _____			
<b>Являетесь ли Вы членом семьи иностранного публичного должностного лица, 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)?</b> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если «Да» укажите Степень родства _____ Ф.И.О. и должность ИПДЛ _____			
<b>Являетесь ли Вы представителем иностранного публичного должностного лица/действуете от его имени? (нужное подчеркнуть)</b> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если «Да» укажите Ф.И.О. и должность ИПДЛ _____			
<b>СТРАХОВАТЕЛЬ (Ф.И.О.)</b>		Подпись	
<b>Страховой консультант (Ф.И.О.)</b>		Подпись	