

ООО «ППФ Страхование жизни», Лицензии Банка России СЖ № 3609 от 27.01.2017 и СЛ № 3609 от 27.01.2017
 Адрес для корреспонденции: Киевское ш. 22-й км, домовладение 6, строение 1, п. Московский, а/я 2290, г. Москва, 108811
 Адрес юридического лица: 108811, город Москва, километр Киевское шоссе 22-й (п. Московский), домовл. 6, строение 1
 Телефон 8-800-775-82-00; (495) 785-82-00, Факс: (495) 785-82-09

ЗАЯВЛЕНИЕ

на изменение данных о Страхователе, Застрахованном, Выгодоприобретателе

Я, Ф. И. О. _____	
ЯВЛЯЮСЬ СТРАХОВАТЕЛЕМ	
ПО ДОГОВОРУ № _____	ОТ _____ Г.
ПРОШУ ВНЕСТИ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ДОГОВОР:	

1. ИЗМЕНЕНИЕ ДАННЫХ СТРАХОВАТЕЛЯ ИЛИ ЗАМЕНУ СТРАХОВАТЕЛЯ

<input type="checkbox"/> ИЗМЕНЕНИЕ ДАННЫХ СТРАХОВАТЕЛЯ	<input type="checkbox"/> ЗАМЕНУ СТРАХОВАТЕЛЯ
--	--

СТРАХОВАТЕЛЬ-ФЛ	Если страхователь является юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем, то заполните данные о Страхователе в разделе «Страхователь-ЮЛ» или «Страхователь-ИП»
------------------------	--

Ф. И. О. _____

ПОЛ: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	ДАТА РОЖДЕНИЯ __ __ __ __ __ __ Г.	ГРАЖДАНСТВО _____	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ _____
--	------------------------------------	-------------------	--------------------------

МЕСТО РОЖДЕНИЯ _____

ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ _____

НАИМЕНОВАНИЕ _____	СЕРИЯ _____	НОМЕР _____
КЕМ ВЫДАН _____	КОГДА _____	Г. КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ _____

ИНН (при наличии) _____	СНИЛС (при наличии) _____
-------------------------	---------------------------

ТЕЛЕФОН (МОБ.) _____	ТЕЛЕФОН (РАБ.) _____
----------------------	----------------------

ТЕЛЕФОН (ДОМ.) _____	E-MAIL _____ для направления всех кассовых чеков (в соответствии с № 54-ФЗ от 22.05.2003 «О применении контрольно-кассовой техники при осуществлении расчетов в РФ»)
----------------------	--

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 Степень родства _____

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 _____

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».

В соответствии с Федеральным законом от 22.05.2003 №54-ФЗ «О Применении контрольно-кассовой техники при осуществлении расчетов в РФ» Страхователь уведомлен, что в случае не указания в Заявлении о страховании адреса электронной почты, все кассовые чеки и уведомления по договору страхования будут направлены на указанный мобильный телефон. Также Страхователь обязуется в срок не позднее месяца с даты изменения e-mail и/или номера мобильного телефона уведомить о данном изменении Страховщика. В случае отсутствия e-mail или номера мобильного телефона, а также отсутствия уведомления об их изменении в указанный срок Страхователь тем самым отказывается от получения кассовых чеков.

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 _____
--------------------------------------	---------------

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».

В соответствии с Федеральным законом от 22.05.2003 №54-ФЗ «О Применении контрольно-кассовой техники при осуществлении расчетов в РФ» Страхователь уведомлен, что в случае не указания в Заявлении о страховании адреса электронной почты, все кассовые чеки и уведомления по договору страхования будут направлены на указанный мобильный телефон. Также Страхователь обязуется в срок не позднее месяца с даты изменения e-mail и/или номера мобильного телефона уведомить о данном изменении Страховщика. В случае отсутствия e-mail или номера мобильного телефона, а также отсутствия уведомления об их изменении в указанный срок Страхователь тем самым отказывается от получения кассовых чеков.

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** _____

2. ИЗМЕНЕНИЕ Ф.И.О., ПАСПОРТНЫХ ДАННЫХ ЗАСТРАХОВАННОГО

НОВЫЕ ДАННЫЕ

Ф. И. О. _____

Пол: М Ж | ДАТА РОЖДЕНИЯ _____. Г. | СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ _____

МЕСТО РОЖДЕНИЯ _____

ПАСПОРТ/СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ _____

ИНН (при наличии) _____ | СНИЛС (при наличии) _____

ТЕЛЕФОН (МОБ.) _____ | ТЕЛЕФОН (ДОМ.) _____ | E-MAIL _____

Адрес регистрации по месту жительства

ИНДЕКС _____ | ОБЛАСТЬ (КРАЙ) _____

РАЙОН _____ | НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД) _____

УЛИЦА _____ | ДОМ _____ | КОРПУС _____ | КВАРТИРА _____

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» Застрахованный 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 Застрахованному иных услуг Страховщика. Кроме того, Застрахованный 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».

Застрахованный осведомлен, что сообщение ложных, а также неполных сведений по вопросам, сформулированным в данном Заявлении, может являться основанием для признания договора страхования недействительным.

Застрахованный/Законный представитель Застрахованного (если Застрахованный моложе 18 лет)

Ф.И.О. _____ **Подпись** _____

3. ИЗМЕНЕНИЕ ДАННЫХ ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ ИЛИ ЗАМЕНА ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ

ИЗМЕНЕНИЕ ДАННЫХ ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ 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: М Ж | КЕМ ВЫДАН _____

СТЕПЕНЬ РОДСТВА С ЗАСТРАХОВАННЫМ _____ | ГРАЖДАНСТВО _____

ИНН (при наличии) _____ | СНИЛС (при наличии) _____

ТЕЛЕФОН _____ | E-MAIL _____

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ _____

2. ДОЛЯ, % _____ | Ф.И.О. _____

ДАТА РОЖДЕНИЯ _____. Г. | МЕСТО РОЖДЕНИЯ _____

НОМЕР ПАСПОРТА/СВ-ВА О РОЖДЕНИИ СЕРИЯ _____ НОМЕР _____ КОГДА _____. Г. КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ _____

Пол: М Ж | КЕМ ВЫДАН _____

СТЕПЕНЬ РОДСТВА С ЗАСТРАХОВАННЫМ _____ | ГРАЖДАНСТВО _____

ИНН (при наличии) _____ | СНИЛС (при наличии) _____

ТЕЛЕФОН _____ | E-MAIL _____

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ _____

При замене Выгодоприобретателя

С заменой Выгодоприобретателя согласен:

Застрахованный/Законный представитель Застрахованного (если Застрахованный моложе 18 лет)

Ф.И.О. _____ **Подпись** _____

Для полисов «Солнышко» (LC), «Мое Солнышко» (MC):

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.

ЖЕЛАЕМАЯ ДАТА ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ

_____. Г. _____ месяц прописью _____ Г.

Подтверждаю, что все сведения о Страхователе, Застрахованном, Выгодоприобретателе являются достоверными и разрешаю ООО «ППФ Страхование жизни» использовать их для исполнения договора страхования.

ДАТА ОФОРМЛЕНИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ _____. Г.

СТРАХОВАТЕЛЬ _____ Ф.И.О. _____ ПОДПИСЬ _____

ЗАПОЛНЯЕТСЯ АГЕНТОМ (страховым консультантом)

ДАТА ПРИНЯТИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ _____. Г. | АГЕНТСТВО № _____

Ф.И.О. КОНСУЛЬТАНТА _____ | ПОДПИСЬ _____

PPF Страхование жизни

СТРАХОВАТЕЛЬ-ЮЛ		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.					
E-MAIL		ТЕЛЕФОН (МОБ.)		ТЕЛЕФОН (РАБ.)	
Адрес регистрации по месту жительства					
ИНДЕКС _____		ОБЛАСТЬ (КРАЙ)			
РАЙОН		НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД)			
УЛИЦА		ДОМ	КОРПУС	КВАРТИРА	
ТЕЛЕФОН (РАБ.)		ФАКС			
Адрес фактического места жительства <input type="checkbox"/> Отметить в случае, если совпадает с адресом регистрации					
ИНДЕКС _____		ОБЛАСТЬ (КРАЙ)			
РАЙОН		НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД)			
УЛИЦА		ДОМ	КОРПУС	КВАРТИРА	
ТЕЛЕФОН (РАБ.)		ФАКС			
СТРАХОВАТЕЛЬ-ИП		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		Дата государственной регистрации __ __ __ __ __ __ __ __ Г.	
МЕСТО РОЖДЕНИЯ		НАИМЕНОВАНИЕ И АДРЕС РЕГИСТРИРУЮЩЕГО ОРГАНА (ДЛЯ ИП)			
ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ		_____			
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:			
E-MAIL		<input type="checkbox"/> УСТАВА <input type="checkbox"/> ДОВЕРЕННОСТИ			
ТЕЛЕФОН (МОБ.)		№ _____ от _____ Г.			
ТЕЛЕФОН (РАБ.)		ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ КЛАСС (если Страхователь является Застрахованным) __ __			
Адрес регистрации по месту жительства					
ИНДЕКС _____		ОБЛАСТЬ (КРАЙ)			
РАЙОН		НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД)			
УЛИЦА		ДОМ	КОРПУС	КВАРТИРА	
Адрес фактического места жительства <input type="checkbox"/> 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 иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ)?					
<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если «Да» укажите Должность _____					
Документ, подтверждающий статус иностранного публичного должностного лица _____					
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)?					
<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если «Да» укажите Степень родства _____					
Ф.И.О. и должность ИПДЛ _____					
Являетесь ли Вы представителем иностранного публичного должностного лица/действуете от его имени? (нужное подчеркнуть)					
<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если «Да» укажите Ф.И.О. и должность ИПДЛ _____					
СТРАХОВАТЕЛЬ (Ф.И.О.)			Подпись		
Страховой консультант (Ф.И.О.)			Подпись		