

Список выгодоприобретателей по Договору страхования (Полису)

Заявление на трех листах. Все поля обязательны для заполнения (при отсутствии данных заполняется «нет» или «не имею»)

№ Полиса

Застрахованное лицо	<input type="text" value="Ф. И. О. полностью"/>		
Страхователь	<input type="text" value="Ф. И. О. полностью"/>		
Финансовый консультант	<input type="text" value="Ф. И. О. полностью"/>	код	<input type="text"/>

Данным заявлением прошу принять новый список Выгодоприобретателей к Договору страхования/Полису, при этом ранее предоставленный список Выгодоприобретателей прошу считать недействительным. В случае, если количество введенных полей для назначения Выгодоприобретателей в бланках «Список Выгодоприобретателей» либо «Заявление о страховании» меньше количества назначаемых Выгодоприобретателей по одному риску, одновременно заполняется несколько списков, которые являются дополнением друг друга.

Назначение Выгодоприобретателя (-ей) на случай смерти Застрахованного лица

В сумме процентное отношение (доля) по всем Выгодоприобретателям должно составлять 100%.

Выгодоприобретатель	Отношение Выгодоприобретателя к Застрахованному лицу		Процентное отношение, доля			
Ф. И. О.			ИНН			
Место рождения			Дата рождения			
Имеющиеся гражданства *	Укажите все страны					
Виды на жительство	Укажите все страны					
Паспорт / Свид. о рождении		Когда выдан				Кем выдан
Кем выдан					Код подразделения	
Место регистрации (жительства) Выгодоприобретателя. Заполняется из данных, указанных в паспорте						
	Страна		Край/Область			
Район			Город			
Улица		Дом	Корпус/Строение	Квартира		
Место нахождения (пребывания) Выгодоприобретателя						
	Страна		Край/Область			
Район			Город			
Улица		Дом	Корпус/Строение	Квартира		
Выгодоприобретатель	Отношение Выгодоприобретателя к Застрахованному лицу		Процентное отношение, доля			
Ф. И. О.			ИНН			
Место рождения			Дата рождения			
Имеющиеся гражданства *	Укажите все страны					
Виды на жительство	Укажите все страны					
Паспорт / Свид. о рождении		Когда выдан				Кем выдан
Кем выдан					Код подразделения	
Место регистрации (жительства) Выгодоприобретателя. Заполняется из данных, указанных в паспорте						
	Страна		Край/Область			
Район			Город			
Улица		Дом	Корпус/Строение	Квартира		
Место нахождения (пребывания) Выгодоприобретателя						
	Страна		Край/Область			
Район			Город			
Улица		Дом	Корпус/Строение	Квартира		
Выгодоприобретатель	Отношение Выгодоприобретателя к Застрахованному лицу		Процентное отношение, доля			
Ф. И. О.			ИНН			
Место рождения			Дата рождения			
Имеющиеся гражданства *	Укажите все страны					
Виды на жительство	Укажите все страны					
Паспорт / Свид. о рождении		Когда выдан				Кем выдан
Кем выдан					Код подразделения	
Место регистрации (жительства) Выгодоприобретателя. Заполняется из данных, указанных в паспорте						
	Страна		Край/Область			
Район			Город			
Улица		Дом	Корпус/Строение	Квартира		
Место нахождения (пребывания) Выгодоприобретателя						
	Страна		Край/Область			
Район			Город			
Улица		Дом	Корпус/Строение	Квартира		

*Для иностранных граждан и лиц без гражданства в обязательном порядке предоставляются: миграционная карта и документ, подтверждающий право пребывания лица на территории РФ.

Страхователь	Застрахованное лицо	Финансовый консультант
_____	_____	_____
(подпись)	(подпись)	(подпись)
Дата, город _____	Дата, город _____	Дата, город _____

Список выгодоприобретателей по Договору страхования (Полису)

Продолжение

Назначение Выгодоприобретателя по Дожитию Застрахованного лица до конца срока страхования

Заполняется только для основных программ страхования: Дожитие до определенного возраста или срока, Смешанное страхование жизни.

Выгодоприобретатель	Отношение Выгодоприобретателя к Застрахованному лицу		Процентное отношение, доля	
Ф. И. О.			ИНН	
Место рождения			Дата рождения	
Имеющиеся гражданства *	Укажите все страны			
Виды на жительство	Укажите все страны			
Паспорт / Свид. о рождении		Когда выдан		Кем выдан
Кем выдан				Код подразделения
Место регистрации (жительства) Выгодоприобретателя. Заполняется из данных, указанных в паспорте				
	Страна		Край/Область	
Район		Город		
Улица		Дом	Корпус/Строение	Квартира
Место нахождения (пребывания) Выгодоприобретателя				
	Страна		Край/Область	
Район		Город		
Улица		Дом	Корпус/Строение	Квартира

*Для иностранных граждан и лиц без гражданства в обязательном порядке предоставляются: миграционная карта и документ, подтверждающий право пребывания лица на территории РФ.

По программам страхования: Дожитие до определенного возраста или срока, Смешанное страхование жизни обязательно указать всех Выгодоприобретателей на случай смерти и на случай дожития Застрахованного лица.

Новый список Выгодоприобретателей вступает в силу с даты подписания Страхователем и Застрахованным лицом данного Заявления на изменение Выгодоприобретателей. Не указанные в новом списке лица не имеют права предъявлять требование о выплате страховой суммы. Замена Выгодоприобретателей по Договору страхования допускается только с согласия Застрахованного лица.

В случае, если Застрахованное лицо не достигло 18-летнего возраста, Документ подписывается законным представителем Застрахованного лица.

Копии паспортов Застрахованного лица и Страхователя приложены.

Дополнительные сведения (необходимо предоставить ответ в каждом из трех разделов ниже)

В соответствии с пунктом 14 статьи 7 Федерального закона от 07.08.2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма», клиенты обязаны предоставить информацию, необходимую для исполнения организацией требований указанного Федерального закона, включая информацию о лицах (Выгодоприобретателях), к выгоде которых Вы действуете, и Бенефициарных владельцев.

1. Сведения о лицах, к выгоде которых производятся действия по заявлению (Выгодоприобретатели)

Имеются ли у Вас лица (Выгодоприобретатели), к выгоде которых Вы действуете (в том числе на основании доверенности, агентского договора, договоров поручения, комиссии и доверительного управления) при проведении операций с денежными средствами по данному заявлению?

- нет, действую к собственной выгоде
- да, действую к выгоде другого лица. Необходимо заполнить Анкету физического / юридического лица / индивидуального предпринимателя отдельно на каждое лицо (Выгодоприобретателя).

2. Сведения о Бенефициарных владельцах

Имеются ли у Вас Бенефициарные владельцы, то есть физические лица, которые, в конечном счете, прямо или косвенно (через третьих лиц) имеют возможность контролировать Ваши действия?

- нет, я сам(а) являюсь своим Бенефициарным владельцем
- да, имеются. Необходимо заполнить Анкету физического лица отдельно на каждого Бенефициара.

Страхователь

Застрахованное лицо

Финансовый консультант

(подпись)

(подпись)

(подпись)

Дата, город

Дата, город

Дата, город

Список выгодоприобретателей по Договору страхования (Полису)

Продолжение

3. Сведения о статусе публичного должностного лица (ПДЛ)

- не являюсь ПДЛ и/или родственником ПДЛ
- являюсь ПДЛ и/или родственником ПДЛ. Заполните поля ниже, указав необходимые категории.

Я являюсь:

- российским публичным должностным лицом, то есть лицом, занимающим государственные должности РФ, должности членов совета директоров ЦБ РФ, должности на федеральной государственной службе, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных на основании федеральных законов
- международным публичным должностным лицом, то есть должностным лицом публичной международной организации, которому доверены или были доверены ею важные функции
- иностранным публичным должностным лицом, то есть публичным должностным лицом иностранного государства.

В случае если отмечен хотя бы один из перечисленных вариантов, необходимо заполнить Анкету публичного должностного лица.

- Я являюсь родственником лица, принадлежащего к одной из перечисленных категорий.
К какой именно из вышеперечисленных категорий относится Ваш родственник?: (указать)

Степень родства между вами: (указать)

Достоверность сведений, указанных в настоящем заявлении, подтверждаю. Проинформирован(а) о необходимости обновления указанных в заявлении сведений (информации) в случае их изменения, а также обязуюсь представить все необходимые сведения по запросу организации.

Страхователь

Застрахованное лицо

Финансовый консультант

(подпись)

(подпись)

(подпись)

Дата, город _____

Дата, город _____

Дата, город _____

Согласие на обработку персональных данных

1. Я, _____ [Ф.И.О.], являясь Субъектом персональных данных, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», предоставляю свое согласие оператору персональных данных – Акционерному обществу Страховой компании «Совкомбанк Жизнь» (адрес местонахождения 127015, город Москва, ул. Бутырская 76, стр.1), далее именуемому - АО СК «Совкомбанк Жизнь» или Обществу, и его партнерам\контрагентам, на обработку персональных данных, любым, не противоречащим российскому законодательству способом (в том числе с\без использованием (-я) средств автоматизации, с использованием глобальной информационно-телекоммуникационной сети Интернет), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), блокирование, извлечение, удаление, уничтожение персональных данных в целях:

- а) заключения и исполнения договоров/соглашений с АО СК «Совкомбанк Жизнь» и договоров перестрахования (если применимо);
- б) проверки любых сведений и документов, предоставленных мной Обществу или полученных Обществом из открытых источников для заключения и исполнения договора страхования или принятия решения по страховому событию, а также получения, при необходимости, дополнительных сведений и документов в любых органах/организациях, включая государственные органы и организации, медицинские учреждения, фонд обязательного медицинского страхования и его территориальные подразделения, бюро кредитных историй, бюро страховых историй;
- в) оценки риска, в том числе в связи с состоянием моего здоровья;
- г) предоставления мне Обществом информации по договору или в связи с моими обращениями, а также о предоставляемых Обществом услугах и способах их оказания (в том числе, информацию рекламного характера), по любым каналам связи, общенным мной Обществу;
- д) ведения справочных и клиентских баз для повышения качества обслуживания клиентов;
- е) осуществления иных функций, возложенных на АО СК «Совкомбанк Жизнь» нормами применимого законодательства, и заключенными/закрываемыми со мной договорами, соглашениями.

Персональные данные, в отношении которых дается данное согласие, включают: все вместе и каждая в отдельности персональные данные, указанные мной о Страхователе, Застрахованном лице и Выгодоприобретателе(-ях) в договоре страхования и документах к нему, в том числе сведения медицинского характера и/или содержащие врачебную тайну о состоянии моего здоровья\здоровья Застрахованного лица, сведения о моем финансовом положении, а также сведения, предоставленные мной для урегулирования страхового события или в связи с иными обращениями в Общество.

2. Я уведомлен о том, что перечень партнеров\контрагентов, которым предоставляются или могут предоставляться мои персональные данные, персональные данные Застрахованного лица и Выгодоприобретателя(-ей) в указанных выше целях, размещен на официальном сайте АО СК «Совкомбанк Жизнь» по адресу: <http://www.sovcomlife.ru/> и/или может быть мне предоставлен на основании отдельного письменного запроса. Перечень таких организаций может быть изменен Страховщиком путем размещения его обновленной версии на вышеуказанном официальном сайте.

3. Предоставляя настоящее согласие, я действую по своей воле и в своем интересе. Согласие дается мной Страховщику и его партнерам\контрагентам добровольно, на весь срок действия договора страхования и следующие 5 (Пять) лет после прекращения действия договора страхования, и может быть отозвано мной в любой момент времени путем направления Страховщику подписанного мной письменного уведомления или письма по электронной почте с указанного мною при заключении договора электронного адреса. Я осознаю, что отзыв моего согласия приведет к прекращению действия договора страхования по моей инициативе, а Страховщик обязан продолжить обработку моих персональных данных и после отзыва моего согласия в случаях и в течение времени, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Настоящим соглашаюсь с тем, что все указанные в данном Заявлении персональные и контактные данные будут учтены как актуализация информации в отношении всех полисов (в случае их наличия), по которым я являюсь Страхователем, Застрахованным лицом или иным лицом, так или иначе связанным с полисом(-ами).

Согласие на использование электронной почты для направления и получения документов

Я выражаю свое согласие на то, что любые коммуникации со Страховщиком, в том числе по любым заключенным с ним договорам страхования, включая направление и получение любых документов, могут осуществляться в электронном виде путём направления и получения сообщений по адресу электронной почты Страхователя. Сообщение, направленное на адрес электронной почты Страхователя, будет считаться доставленным и в тех случаях, если оно поступило Страхователю, но по обстоятельствам, зависящим от него, он с ним не ознакомился.

Страхователь

Застрахованное лицо

Финансовый консультант

(подпись)

(подпись)

(подпись)

Дата, город _____

Дата, город _____

Дата, город _____