

### ЗАЯВЛЕНИЕ

#### на изменение персональных данных по Договору страхования

Договор страхования №                     от       г.

**Сведения о Страхователе:**

Фамилия	<input type="text"/>	Имя	<input type="text"/>
Отчество	<input type="text"/>	Дата рождения	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Место рождения	<input type="text"/>		
Гражданство	<input type="text"/>	Документ, удостоверяющий личность	<input type="text"/>
Дата выдачи	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Паспорт	серия <input type="text"/> <input type="text"/> № <input type="text"/> <input type="text"/>
Выдан	<input type="text"/>		
ИНН (при наличии)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	СНИЛС (при наличии)	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Адрес места жительства (регистрации)	<input type="text"/>		
Адрес проживания (если отличается от регистрации)	<input type="text"/>		
Номер моб. телефона	+7 <input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
Место работы	<input type="text"/>	Профессия, должность	<input type="text"/>

**Сведения о Застрахованном** (заполняется в случае, если Застрахованный и Страхователь разные лица):

Фамилия	<input type="text"/>	Имя	<input type="text"/>
Отчество	<input type="text"/>	Дата рождения	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Место рождения	<input type="text"/>		
Гражданство	<input type="text"/>	Документ, удостоверяющий личность	<input type="text"/>
Дата выдачи	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Паспорт	серия <input type="text"/> <input type="text"/> № <input type="text"/> <input type="text"/>
Выдан	<input type="text"/>		
ИНН (при наличии)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	СНИЛС (при наличии)	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Адрес места жительства (регистрации)	<input type="text"/>		
Адрес проживания (если отличается от регистрации)	<input type="text"/>		
Номер моб. телефона	+7 <input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
Место работы	<input type="text"/>	Профессия, должность	<input type="text"/>

**Важно!** В случае изменения данных в паспорте приложите к Заявлению копию паспорта.

**Прошу внести изменения в Договор страхования** (применено только для Страхователя):

- Изменить Страхователя на Застрахованного  Изменить Страхователя на иное лицо (не Застрахованного)

**Важно!** В случае замены Страхователя на иное лицо (не Застрахованного) необходимо заполнение анкеты Застрахованного/Страхователя.

В случае изменения ФИО Страхователя необходимо указать предыдущие данные:

Фамилия

Имя			Отчество			
<input type="checkbox"/> <b>Изменить Выгодоприобретателя</b>						
Изменить	Добавить	Исключить	ФИО	Дата рождения	Родственные отношения	Доля, %
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Настоящим подтверждаю свое согласие на изменение Выгодоприобретателя(ей)						
			(Подпись Застрахованного)			
<input type="checkbox"/> Запрос дубликата Договора (полиса)		Причина				

Подписывая настоящее Заявление я подтверждаю:

- что Страхователь/Застрахованный не являются российскими/иностранными публичными должностными лицами и должностными лицами публичной международной организации, а также родственниками российского/иностранного публичного должностного лица и должностного лица публичной международной организации. В ином случае Страхователь/Застрахованный обязуются заполнить «Заявление о принятии на обслуживание РПДЛ/ИПДЛ/ПДЛМО», «Уведомление о родстве с РПДЛ/ИПДЛ/ПДЛМО», «Анкету ИПДЛ/ПДЛМО» или «Анкету родственника РПДЛ»

- что Страхователь/Застрахованный не являются лицом, на которое распространяется законодательство иностранного государства о налогообложении иностранных счетов (Федеральный закон от 28.06.2014 г. №173 «Об особенностях осуществления финансовых операций с иностранными гражданами и юридическими лицами, о внесении изменений в кодекс РФ об административных правонарушениях и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов РФ»).

Передачу ООО «СК «Ренессанс Жизнь» и лицам, действующим по его поручению (далее Страховщик), право на обработку (в том числе сбор систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение любым, не противоречащим российскому законодательству способом (в том числе без использования средств автоматизации), на трансграничную передачу в страны, обеспечивающие адекватную защиту персональных данных и не обеспечивающие такую защиту, всех моих и Застрахованного лица персональных данных (в том числе персональных данных о состоянии здоровья) в целях заключения и исполнения Договора страхования, а также в целях предоставления с помощью средств связи информации об исполнении Договора страхования и информации о страховых услугах, оказываемых Страховщиком. При этом такое согласие дается мной Страховщику на весь срок действия Договора страхования и в течение 5 (пяти) лет после прекращения действия Договора страхования и может быть отозвано мной в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного мной письменного уведомления.

Российское публичное должностное лицо (РПДЛ) – лицо, замещающее (занимающее) 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;

Иностранное публичное должностное лицо (ИПДЛ) понимается любое назначаемое или избираемое лицо, занимающее какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства и любое лицо, выполняющее какую либо публичную функцию для иностранного государства, в т.ч. для публичного ведомства/государственного предприятия.

Должностное лицо публичной международной организации (ПДЛМО) понимается лицо, которому доверены или были доверены важные функции международной организацией (за исключением руководителей среднего звена или лиц, занимающих более низкие позиции).

(подпись Заявителя)

\_\_\_\_\_  
(ФИО Страхователя/Застрахованного)

\_\_\_\_\_  
(Дата заявления)

**Служебные отметки:**

Вх. № \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ .20\_\_\_\_ г.

ФИО Сотрудника: \_\_\_\_\_

Должность: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_