



**Заявление о внесении изменений в реквизиты документа,  
удостоверяющего личность, и иные идентификационные данные**

Дата приёма заявления «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.      Ф.И.О. сотрудника \_\_\_\_\_

Страховой полис/Договор №

Страхователь: от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Фамилия

Имя

Отчество

**Документ, удостоверяющий личность:**

Паспорт     Иной документ: \_\_\_\_\_  
наименование документа

Серия      Номер            Дата выдачи «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.

Код подразделения  -

Выдан \_\_\_\_\_  
наименование органа, выдавшего документ

**Прошу внести изменения в следующие идентификационные данные:**

Изменить документ, удостоверяющий личность     Страхователя     Застрахованного лица     Выгодоприобретателя

Паспорт

Иной документ: \_\_\_\_\_  
наименование документа

Серия      Номер            Дата выдачи «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.

Код подразделения  -

Выдан \_\_\_\_\_  
наименование органа, выдавшего документ

**Ф.И.О.**

**С:** Фамилия

Имя

Отчество

**На:** Фамилия

Имя

Отчество

**Гражданство**

**Адрес по месту регистрации**

индекс

\_\_\_\_\_  
Страна, республика, край, область, АО, район, город, поселок, деревня, село, улица, дом, корпус, квартира

**Почтовый адрес по месту проживания**

индекс

\_\_\_\_\_  
Страна, республика, край, область, АО, район, город, поселок, деревня, село, улица, дом, корпус, квартира

**Настоящим подтверждаю, что:**

- Не являюсь публичным должностным лицом (ПДЛ)\*, а также супругом (супругой) / ближайшим родственником ПДЛ
- Не имею иного гражданства, вида на жительство в ином государстве, кроме Российской Федерации
- Не являюсь налоговым резидентом иного государства, кроме Российской Федерации
- Не являюсь налогоплательщиком США согласно FATCA

Если какое-либо из приведенных выше утверждений неверно – в обязательном порядке заполняются соответствующие разделы формы «Анкета для указания дополнительных сведений по иностранным гражданам и несоответствию дисклеймерам».

В случае подписания заявления представителем клиента необходимо дополнительно заполнить форму «Анкета физического лица – представителя / бенефициарного владельца».

\* Под публичными должностными лицами подразумеваются как российские публичные должностные лица (РПДЛ), так и иностранные публичные должностные лица (ИПДЛ) и должностные лица публичной международной организации (МПДЛ).

Я, Страхователь, подтверждаю своё согласие ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» (Страховщик, адрес: 115035, г. Москва, Кадашёвская набережная, д. 30, ОГРН 1047796614700, ИНН 7706548313) и лицам, действующим по его поручению, на обработку, в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу и распространение перестраховочным компаниям, медицинским учреждениям и организациям, организациям, оказывающим ассистанские и иные услуги, в том числе и трансграничную передачу в страны как обеспечивающие адекватную защиту персональных данных, так и не обеспечивающие такую, обезличивание, блокирование, уничтожение любым не противоречащим российскому законодательству способом как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств, всех моих персональных данных, полученных Страховщиком законным способом, в том числе данных о состоянии моего здоровья, в целях заключения и исполнения Договора страхования, включая его перестрахование, урегулирования убытков по Договору страхования, администрирования Договора страхования, формирования статистики и систематизации данных, оказания Застрахованному лицу информационно-организационного содействия в получении доступа к системе специализированной медицинской помощи, а также в целях предоставления мне с помощью средств электронной связи – телефона, факса, мобильной связи, электронной почты, СМС-сообщений, уведомлений и т.д., информации, связанной с исполнением Договора страхования, и о продуктах, услугах, специальных акциях Страховщика и его партнёров. Данное согласие даётся мной на срок действия Договора страхования и на 5 лет после окончания срока его действия и может быть отозвано мной в любой момент времени путём передачи Страховщику письменного уведомления.

Я подтверждаю, что указанные мной контактные и паспортные данные актуальны и соответствуют действительности. Прошу актуализировать их во всех договорах, заключенных в компании.

Страхователь \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись Ф.И.О.

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Представитель Страховщика \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись Ф.И.О.

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.