



Страховщик: ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни». Москва, Кадашёвская набережная, д. 30. Лицензии ЦБ РФ СЛ №3984, СЖ №3984, ПС №3984 (без ограничения срока действия). Телефон: 8-800-200-68-86 (звонок по России бесплатный).

**АНКЕТА ДЛЯ УКАЗАНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ СВЕДЕНИЙ
ПО ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ И НЕСООТВЕТСТВИИ ДИСКЛЕЙМЕРАМ**

Страховой полис / Договор № _____

Ф.И.О. _____ Фамилия Имя Отчество (отчество – при наличии)

РАЗДЕЛ 1. ДЛЯ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН И ЛИЦ БЕЗ ГРАЖДАНСТВА

Данные миграционной карты

Серия _____ Дата начала срока пребывания в РФ _____ / _____ / _____ г.

Номер _____ Дата окончания срока пребывания в РФ _____ / _____ / _____ г.

Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ

Вид документа _____ Серия _____ Номер _____

Дата начала срока действия права пребывания (проживания) в РФ _____ / _____ / _____ г.

Дата окончания срока действия права пребывания (проживания) в РФ _____ / _____ / _____ г.

**РАЗДЕЛ 2. ПРИ НЕ ПОДТВЕРЖДЕНИИ «НЕ ЯВЛЯЮСЬ ПУБЛИЧНЫМ ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦОМ (ПДЛ),
А ТАКЖЕ СУПРУГОМ (СУПРУГОЙ) / БЛИЖАЙШИМ РОДСТВЕННИКОМ ПДЛ»**

Если являетесь иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), российским публичным должностным лицом (РПДЛ), должностным лицом публичной международной организации (МПДЛ), то укажите должность, наименование и адрес работодателя

ИПДЛ РПДЛ МПДЛ Должность, наименование и адрес работодателя _____

Если имеете супруга/супругу, близких родственников, полнородных и неполнородных братьев и сестер, усыновителей, усыновленных, являющихся ИПДЛ, РПДЛ, МПДЛ, то укажите степень родства

ИПДЛ РПДЛ МПДЛ Степень родства _____

РАЗДЕЛ 3. ПРИ НЕ ПОДТВЕРЖДЕНИИ «НЕ ИМЕЮ ИНОГО БЕНЕФИЦИАРА (БЕНЕФИЦИАРНОГО ВЛАДЕЛЬЦА)»

Укажите Ф.И.О. бенефициара и заполните отдельную анкету на него

Фамилия Имя Отчество (отчество – при наличии)

РАЗДЕЛ 4. ПРИ НЕ ПОДТВЕРЖДЕНИИ «НЕ ИМЕЮ ИНОГО ГРАЖДАНСТВА, ВИДА НА ЖИТЕЛЬСТВА В ИНОМ ГОСУДАРСТВЕ»

Наличие вида на жительство / гражданства в ином иностранном государстве

Вид на жительство _____ Название государства _____ Гражданство _____ Название государства _____

РАЗДЕЛ 5. ПРИ НЕ ПОДТВЕРЖДЕНИИ «НЕ ЯВЛЯЮСЬ ИНОСТРАННЫМ НАЛОГОВЫМ РЕЗИДЕНТОМ»

Наличие иностранного налогового резидентства (выбрать нужный вариант ответа)

Иностранное налоговое резидентство Не является налоговым резидентом ни в одном государстве

При наличии иностранного налогового резидентства

Государство (территория) налогового резидентства _____

Иностранное ИНН или Код лица в иностранном государстве (территории) его регистрации (инкорпорации) _____

РАЗДЕЛ 6. ПРИ НЕ ПОДТВЕРЖДЕНИИ «НЕ ЯВЛЯЮСЬ НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКОМ США СОГЛАСНО FATCA»

Если физическое лицо является налогоплательщиком США по FATCA

Номер социального обеспечения в США (SSN) _____

Идентификационный номер налогоплательщика в США (TIN / EIN) _____

Дата постановки на учет в налоговом органе США _____ / _____ / _____ г.

Наличие согласия на передачу информации в налоговый орган США (для налогоплательщиков по FATCA)

Даю согласие на передачу информации в налоговый орган США Отказ в передаче информации в налоговый орган США

**РАЗДЕЛ 7. ПРИ НЕ ПОДТВЕРЖДЕНИИ «ЦЕЛЬЮ УСТАНОВЛЕНИЯ ОТНОШЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.
ОБЛАДАЮ УСТОЙЧИВЫМ ФИНАНСОВЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ. ИСТОЧНИКОМ ПРОИСХОЖДЕНИЯ ПРИНАДЛЕЖАЩИХ МНЕ
ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ ЯВЛЯЮТСЯ: ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА, ДОХОД ОТ СОБСТВЕННОСТИ, ЛИЧНЫЕ СБЕРЕЖЕНИЯ И НАКОПЛЕНИЯ»**

Если какое-либо из указанных утверждений не верно – необходимо указать соответствующие сведения:

Примечание: В случае если формулировка будет содержать сведения о целях, отличных от заключения договора страхования, неустойчивости финансового положения и сомнительном происхождении располагаемых денежных средств, клиенту может быть отказано в проведении операций в соответствии с п. 11 статьи 7 Федерального закона от 07.08.2001 г. № 115-ФЗ.

Я, подписывая данную анкету, осознаю ответственность за предоставление недостоверной или неполной информации, и понимаю, что в соответствии с положениями действующего законодательства РФ указание не всей или ложной информации в анкете может привести к отказу в проведении операций по действующим договорам страхования, вплоть до расторжения Страховщиком договоров в одностороннем порядке.

Подпись _____

Фамилия Имя Отчество

Подпись лица, принявшего Заявление с данным Приложением (должность, Ф.И.О.)

Подпись _____

Должность _____
Фамилия Имя Отчество