

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 налогового резидентства иного государства, кроме Российской Федерации (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 ИИН 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 \_\_\_\_\_

Дата подписания \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ г.

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

Подпись \_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_

Фамилия Имя Отчество \_\_\_\_\_