



Актуализация контактной информации Страхователя

Дата приёма заявления « _____ » _____ 20__ г. Ф.И.О. сотрудника _____

Отдел сопровождения Офис продаж (только штатным сотрудником) Подпись _____

Страховой полис/Договор* № _____

от « _____ » _____ 20__ г.

Страхователь:

Фамилия* _____

Имя* _____

Отчество* _____

Документ, удостоверяющий личность:

Паспорт Иной документ: _____

Серия _____ Номер _____ Дата выдачи « _____ » _____ 20__ г. _____ - _____
Код подразделения

Выдан _____
наименование государственного органа, выдавшего документ

Прошу внести следующие изменения в Договор страхования:

Изменить адрес Страхователя для корреспонденции

Индекс _____

Область / Край / Республика / Автономный округ _____

Район _____

Город / Населённый пункт _____

Улица _____

Дом _____ Корпус / Строение _____ Квартира _____

Изменить контактные данные Страхователя

Тел. мобильный* 8 - _____

E-mail* _____ @ _____

Телефон* 8 - _____

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 несоответствии 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, 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.

Примечание: Знаком * помечены поля, обязательные для заполнения.