



АНКЕТА ФИЗИЧЕСКОГО ЛИЦА		ПРЕДСТАВИТЕЛЯ		БЕНЕФИЦИАРНОГО ВЛАДЕЛЬЦА	
Ф.И.О.		Фамилия Имя Отчество (отчество – при наличии)			
Дата рождения	/ /	г.	Гражданство	РФ	Иное (указать):
Место рождения		Страна, республика, край, область, АО, район, город, поселок, деревня, село			
РЕКВИЗИТЫ ДОКУМЕНТА, УДОСТОВЕРЯЮЩЕГО ЛИЧНОСТЬ:					
Вид документа		Серия		Номер	
Кем выдан					
Дата выдачи	/ /	г.	Код подразделения (обязательно для паспорта РФ)		
ДАННЫЕ МИГРАЦИОННОЙ КАРТЫ (ДЛЯ ИНОСТРАННОГО ГРАЖДАНИНА И ЛИЦА БЕЗ ГРАЖДАНСТВА)					
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 РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (ДЛЯ ИНОСТРАННОГО ГРАЖДАНИНА И ЛИЦА БЕЗ ГРАЖДАНСТВА)					
Вид документа		Серия		Номер	
Дата начала срока действия права пребывания (проживания) в РФ		/ /		г.	
Дата окончания срока действия права пребывания (проживания) в РФ		/ /		г.	
АДРЕС МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА (РЕГИСТРАЦИИ) ИЛИ МЕСТА ПРЕБЫВАНИЯ					
Индекс (обязательно)		Адрес		Страна, республика, край, область, АО, район, город, поселок, деревня, село, улица, дом, корпус, квартира	
ИНН (при наличии)		СНИЛС (при наличии)			
Мобильный телефон		E-mail			
Является/не является иностранным публичным должностным лицом* (ИПДЛ), российским публичным должностным лицом** (РПДЛ), должностным лицом публичной международной организации*** (МПДЛ). (Если, да указать должность, наименование и адрес работодателя)					
<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	Должность, наименование и адрес работодателя			
Имеет/не имеет супруга/супругу, близких родственников, полнородных и неполнородных братьев и сестер, усыновителей, усыновленных, являющихся ИПДЛ, РПДЛ, МПДЛ. (Если, да указать степень родства)					
<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	Степень родства			
* «Иностранное публичное должностное лицо» означает 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 том числе для публичного ведомства или публичного предприятия.					
** «Российское публичное должностное лицо» означает физическое лицо, замещающее (занимающее) государственную должность Российской Федерации, должность члена Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должность федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должность в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенная в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации.					
*** «Должностное лицо публичной международной организации» означает международного гражданского служащего или любое лицо, которое уполномочено такой организацией действовать от ее имени.					
Бенефициаром**** физического лица является само это физическое лицо. (Если «нет» – укажите Ф.И.О. и заполните отдельную анкету на бенефициара)					
<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	Фамилия Имя Отчество			
**** Бенефициар (бенефициарный владелец) физического лица – лицо, прямо или косвенно контролирующее действия этого физического лица, в том числе имеющее возможность определять решения, принимаемые этим физическим лицом. Бенефициаром (бенефициарным владельцем) клиента – физического лица считается само это физическое лицо, если нет основания считать иное физическое лицо его бенефициаром. На бенефициара (бенефициарного владельца) в обязательном порядке заполняется отдельная анкета.					
НАЛИЧИЕ ВИДА НА ЖИТЕЛЬСТВО / ГРАЖДАНСТВА В ИНОМ ИНОСТРАННОМ ГОСУДАРСТВЕ					
<input type="checkbox"/> Нет	Вид на жительство	Название государства	Гражданство	Название государства	
НАЛИЧИЕ НАЛОГОВОГО РЕЗИДЕНТСТВА ИНОГО ГОСУДАРСТВА, КРОМЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ					
<input type="checkbox"/> Не является иностранным налоговым резидентом		<input type="checkbox"/> Не является налоговым резидентом ни в одном государстве			
<input type="checkbox"/> Иностраннный налоговый резидент		Государство (территория) налогового резидентства			
Иностраннный ИНН или Код лица в иностранном государстве (территории) его регистрации (инкорпорации)					
ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ФИЗИЧЕСКОЕ ЛИЦО НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКОМ США ПО FATCA					
<input type="checkbox"/> Не является налогоплательщиком США согласно FATCA		<input type="checkbox"/> Является налогоплательщиком США согласно 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)					
<input type="checkbox"/> Дает согласие на передачу информации в налоговый орган США		<input type="checkbox"/> Отказ в передаче информации в налоговый орган США			
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 отозванию в проведении операций по действующим договорам страхования, вплоть до расторжения договоров в одностороннем порядке.					
Я, подтверждаю свое согласие ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» (Страховщик, адрес: 115035, г. Москва, Кадашёвская набережная, д. 30, ОГРН 1047796614700, ИНН 7706548313, сайт: <a href="https://kaplife.ru/">https://kaplife.ru/</a> ) и лицам, действующим по его поручению, на обработку, в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу и распространение перестраховочным компаниям, организациям, оказывающим медицинские, ассистанские и иные услуги, в том числе и транснациональную 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, указанных в настоящем Заявлении или полученных Страховщиком иным 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 дается мной на неопределенный срок и действует до момента подачи мной Страховщику письменного уведомления об его отзыве, если это предусмотрено действующим законодательством РФ.					
Подпись		Фамилия Имя Отчество			
		Дата подписания		/ /	г.
Лицо, принявшее анкету		Должность			
Подпись		Фамилия Имя Отчество			