



ООО «ППФ Страхование жизни», Лицензия ФСФР С № 3609 77
 Адрес для корреспонденции: РФ, 125047, г. Москва, а/я 219, 4-й Лесной пер., д.4.
 Место нахождения: РФ, 125047, г. Москва, 4-й Лесной переулок, д.4.,
 Телефон 8-800-250-82-00; (495) 785-82-00, Факс: (495) 785-82-09

ЗАЯВЛЕНИЕ

на изменение данных о Страхователе, Застрахованном, Выгодоприобретателе

Я, Ф.И.О. _____	
являясь СТРАХОВАТЕЛЕМ	
ПО ДОГОВОРУ № _____	ОТ _____
<small>месяц прописью</small>	
ПРОШУ ВНЕСТИ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ДОГОВОР:	

1. ИЗМЕНЕНИЕ ДАННЫХ СТРАХОВАТЕЛЯ ИЛИ ЗАМЕНУ СТРАХОВАТЕЛЯ

ИЗМЕНЕНИЕ ДАННЫХ СТРАХОВАТЕЛЯ ЗАМЕНУ СТРАХОВАТЕЛЯ

СТРАХОВАТЕЛЬ-ФЛ

Если страхователь является юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем, то заполните данные о Страхователе в разделе «Дополнительная информация»

Ф.И.О. _____

ПОЛ М Ж

ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ Г.

ГРАЖДАНСТВО _____

СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ _____

ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ

НАИМЕНОВАНИЕ _____ СЕРИЯ _____ НОМЕР _____

КЕМ ВЫДАН _____

КОГДА _____ Г.

КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ _____

ИНН _____

ТЕЛЕФОН (МОБ.) _____

ТЕЛЕФОН (РАБ.) _____

ТЕЛЕФОН (ДОМ.) _____

E-MAIL _____

Укажите ОДИН способ получения уведомлений с напоминанием об оплате или выберете отказ от получения уведомлений:

sms на номер мобильного телефона по электронной почте на указанный e-mail Почтой России на фактический адрес отказ от уведомлений

Адрес регистрации по месту жительства

ИНДЕКС _____

ОБЛАСТЬ (КРАЙ) _____

РАЙОН _____

НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД) _____

УЛИЦА _____

ДОМ _____

КОРПУС _____

КВАРТИРА _____

Адрес фактического места жительства

Отметить в случае, если совпадает с адресом регистрации

ИНДЕКС _____

ОБЛАСТЬ (КРАЙ) _____

РАЙОН _____

НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД) _____

УЛИЦА _____

ДОМ _____

КОРПУС _____

КВАРТИРА _____

Данные документа, подтверждающего права иностранного гражданина/лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации:

серия _____ номер _____ дата начала и окончания срока действия права пребывания _____

Данные миграционной карты (для иностранных граждан) серия _____ номер _____

Дата начала срока пребывания _____ Г. Дата окончания срока пребывания _____ Г.

Являетесь ли Вы иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ)?

Нет Да. Если «Да» укажите Должность _____

Документ, подтверждающий статус иностранного публичного должностного лица _____

Являетесь ли Вы членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителями и детьми, дедушкой, бабушкой и внуками), полнородным и неполнородным (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным)?

Нет Да. Если «Да» укажите Степень родства _____

Ф.И.О. и должность ИПДЛ _____

Являетесь ли Вы представителем иностранного публичного должностного лица/действуете от его имени? (нужное подчеркнуть)

Нет Да. Если «Да» укажите Ф.И.О. и должность ИПДЛ _____

При замене Страхователя

Прошу переоформить полис на мое имя, с Условиями договора согласен

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» я (Страхователь) даю согласие Страховщику на проверку и обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение моих персональных данных, указанных в настоящем заявлении, с использованием средств автоматизации и/или без использования таких средств, в целях заключения и исполнения договора страхования, при уступке (передаче) каких-либо прав (обязательств) по нему, в целях предложения мне иных услуг Страховщика. Кроме того, я даю согласие на обработку моих персональных данных третьими лицами, которым Страховщик может поручить такую обработку, в соответствии со списком, размещенным на официальном сайте Страховщика. Указанное согласие действует бессрочно и может быть отозвано путем направления Страховщику письма с указанием данных, определенных ст. 14 Федерального закона «О персональных данных».

Ф.И.О. нового Страхователя _____

Подпись _____

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» я (Страхователь) даю согласие Страховщику на проверку и обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение моих персональных данных, указанных в настоящем заявлении, с использованием средств автоматизации и/или без использования таких средств, в целях заключения и исполнения договора страхования, при уступке (передаче) каких-либо прав (обязательств) по нему, в целях предложения мне иных услуг Страховщика. Кроме того, я даю согласие на обработку моих персональных данных третьими лицами, которым Страховщик может поручить такую обработку, в соответствии со списком, размещенным на официальном сайте Страховщика. Указанное согласие действует бессрочно и может быть отозвано путем направления Страховщику письма с указанием данных, определенных ст.14 Федерального закона «О персональных данных».

СТРАХОВАТЕЛЬ (Ф.И.О.) _____

Подпись _____

Страховой консультант (Ф.И.О.) _____

Подпись _____



2. ИЗМЕНЕНИЕ Ф.И.О., ПАСПОРТНЫХ ДАННЫХ ЗАСТРАХОВАННОГО		НОВЫЕ ДАННЫЕ
ФИО		
ПОЛ М □ Ж □	ДАТА РОЖДЕНИЯ ____ . ____ . ____ Г.	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ
ПАСПОРТ/СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ _____		ИНН
Телефон (моб.)	Телефон(дом.)	E-mail
Адрес регистрации по месту жительства		
ИНДЕКС _____	ОБЛАСТЬ (КРАЙ)	
РАЙОН	НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД)	
УЛИЦА	ДОМ	КОРПУС КВАРТИРА
<p>В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» я (Страхователь) даю согласие Страховщику на проверку и обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение моих персональных данных, указанных в настоящем заявлении, с использованием средств автоматизации и/или без использования таких средств, в целях заключения и исполнения договора страхования, при уступке (передаче) каких-либо прав (обязательств) по нему, в целях предложения мне иных услуг Страховщика. Кроме того, я даю согласие на обработку моих персональных данных третьими лицами, которым Страховщик может поручить такую обработку, в соответствии со списком, размещенным на официальном сайте Страховщика. Указанное согласие действует бессрочно и может быть отозвано путем направления Страховщику письма с указанием данных, определенных ст.14 Федерального закона «О персональных данных».</p>		
Застрахованный/Законный представитель Застрахованного (если Застрахованный моложе 18 лет)		
Ф.И.О. _____		ПОДПИСЬ _____

3. ИЗМЕНЕНИЕ ДАННЫХ ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ ИЛИ ЗАМЕНА ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ	
<input type="checkbox"/> ИЗМЕНЕНИЕ ДАННЫХ ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ	<input type="checkbox"/> ЗАМЕНА ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ
1. ДОЛЯ, %	Ф.И.О. / Наименование организации (полное) и наименование на иностранном языке (если имеется)
НОМЕР ПАСПОРТА / СВИДЕТЕЛЬСТВА О РОЖДЕНИИ	
ДАТА РОЖДЕНИЯ	
2. ДОЛЯ, %	Ф.И.О. / Наименование организации (полное) и наименование на иностранном языке (если имеется)
НОМЕР ПАСПОРТА / СВИДЕТЕЛЬСТВА О РОЖДЕНИИ	
ДАТА РОЖДЕНИЯ	
При замене Выгодоприобретателя	
С заменой Выгодоприобретателя согласен:	
Застрахованный/Законный представитель Застрахованного (если Застрахованный моложе 18 лет)	
Ф.И.О. _____ ПОДПИСЬ _____	
Для полисов «Солнышко» (LC), «Мое Солнышко» (MC) :	
<input type="checkbox"/> Отметить в случае, если Выгодоприобретателем на случай смерти или дожития Основного Застрахованного назначается Застрахованный Ребенок. В случае, если поле не отмечено, Выгодоприобретатель назначается только на случай смерти Основного Застрахованного.	
Для полисов «Гардиа» (RT) :	
<input type="checkbox"/> Отметить в случае, если Выгодоприобретатель назначается по всем страховым случаям. В случае, если поле не отмечено, Выгодоприобретатель назначается только на случай смерти Застрахованного.	

ЖЕЛАЕМАЯ ДАТА ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ	____ . ____ . ____ Г. <small>месяц прописью</small>
Подтверждаю достоверность и полноту предоставленной мною информации и разрешаю ООО " ППФ Страхование жизни" использовать ее для исполнения договора страхования	
ДАТА ОФОРМЛЕНИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ ____ . ____ . ____ Г.	<small>месяц прописью</small>

СТРАХОВАТЕЛЬ	Ф.И.О.
ПОДПИСЬ СТРАХОВАТЕЛЯ	Подтверждаю, что все сведения о Страхователе, Застрахованном, Выгодоприобретателе являются достоверными.

ЗАПОЛНЯЕТСЯ АГЕНТОМ (страховым консультантом)	ЗАПОЛНЯЕТСЯ СОТРУДНИКОМ ООО " ППФ Страхование жизни"
ДАТА ПРИНЯТИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ ____ . ____ . ____ Г. <small>месяц прописью</small>	ДАТА ПРИНЯТИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ ____ . ____ . ____ Г. <small>месяц прописью</small>
Ф.И.О. КОНСУЛЬТАНТА	Ф.И.О. СОТРУДНИКА
ПОДПИСЬ	ПОДПИСЬ
АГЕНТСТВО №	ПОРЯДКОВЫЙ НОМЕР ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО СОГЛАШЕНИЯ



ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

СТРАХОВАТЕЛЬ-ЮЛ		Наименование организации (полное) и наименование на иностранном языке (если имеется)	
Наименование организации (сокращенное)			
Организационно правовая форма		Дата государственной регистрации _____ Г.	
ИНН (или код иностранной организации для нерезидента) _____			
ОГРН (серия и номер) или регистрационный номер в стране регистрации для нерезидента _____			
ФИО Представителя			
ЛИЦО, ПОДПИСЫВАЮЩЕЕ ДОГОВОР, ДЕЙСТВУЕТ НА ОСНОВАНИИ: <input type="checkbox"/> УСТАВА <input type="checkbox"/> ДОВЕРЕННОСТИ			
№ _____ ОТ _____ Г.			
ТЕЛЕФОН (РАБ.)		ТЕЛЕФОН (МОБ.)	E-mail
Укажите ОДИН способ получения уведомлений с напоминанием об оплате или выберите отказ от получения уведомлений:			
<input type="checkbox"/> sms на номер мобильного телефона <input type="checkbox"/> по электронной почте на указанный e-mail <input type="checkbox"/> Почтой России на фактический адрес <input type="checkbox"/> отказ от уведомлений			
Адрес (место нахождения) юр.лица, указанный в едином государственном реестре юридических лиц			
ИНДЕКС _____		ОБЛАСТЬ (КРАЙ)	
РАЙОН		НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД)	
УЛИЦА		ДОМ	КОРПУС
ТЕЛЕФОН (РАБ.)		ФАКС	
Фактический адрес <input type="checkbox"/> Отметить в случае, если совпадает с адресом места нахождения			
ИНДЕКС _____		ОБЛАСТЬ (КРАЙ)	
РАЙОН		НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД)	
УЛИЦА		ДОМ	КОРПУС
ТЕЛЕФОН (РАБ.)		ФАКС	
СТРАХОВАТЕЛЬ-ИП		Ф.И.О.	
пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>	ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ Г.	ОГРНИП (серия и номер) или регистрационный номер в стране регистрации для нерезидента _____	
ГРАЖДАНСТВО	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ		
ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ		Дата государственной регистрации _____ Г.	
НАИМЕНОВАНИЕ _____ СЕРИЯ _____ НОМЕР _____		Наименование и адрес регистрирующего органа (для ИП) _____ _____	
КЕМ ВЫДАН			
КОГДА _____ Г. КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ _____			
МЕСТО РАБОТЫ		ИНН ИП _____	
АДРЕС МЕСТА РАБОТЫ (с индексом) _____		ФИО Представителя	
ДОЛЖНОСТЬ		ЛИЦО, ПОДПИСЫВАЮЩЕЕ ДОГОВОР, ДЕЙСТВУЕТ НА ОСНОВАНИИ:	
ТЕЛЕФОН (РАБ.)		<input type="checkbox"/> УСТАВА <input type="checkbox"/> ДОВЕРЕННОСТИ	
ТЕЛЕФОН (МОБ.) _____ ФАКС _____		№ _____ ОТ _____ Г.	
E-MAIL		ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ КЛАСС (если Страхователь является Застрахованным) ____	
Укажите ОДИН способ получения уведомлений с напоминанием об оплате или выберите отказ от получения уведомлений:			
<input type="checkbox"/> sms на номер мобильного телефона <input type="checkbox"/> по электронной почте на указанный e-mail <input type="checkbox"/> Почтой России на фактический адрес <input type="checkbox"/> отказ от уведомлений			
Адрес регистрации по месту жительства <input type="checkbox"/> Отметить, если является основным адресом для направления почтовой корреспонденции			
ИНДЕКС _____		ОБЛАСТЬ (КРАЙ)	
РАЙОН		НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД)	
УЛИЦА		ДОМ	КОРПУС
КВАРТИРА/ОФИС			
Адрес фактического проживания <input type="checkbox"/> Отметить в случае, если совпадает с адресом регистрации			
<input type="checkbox"/> Отметить, если является основным адресом для направления почтовой корреспонденции			
ИНДЕКС _____		ОБЛАСТЬ (КРАЙ)	
РАЙОН		НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД)	
УЛИЦА		ДОМ	КОРПУС
КВАРТИРА/ОФИС			
Данные документа, подтверждающего права иностранного гражданина/лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации: серия _____ номер _____ дата начала и окончания срока действия права пребывания _____			
Данные миграционной карты (для иностранных граждан) серия _____ номер _____ Дата начала срока пребывания _____ Г. Дата окончания срока пребывания _____ Г.			
Являетесь ли Вы иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ)?			
<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если «Да» укажите Должность _____			
Документ, подтверждающий статус иностранного публичного должностного лица _____			
Являетесь ли Вы членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителями и детьми, дедушкой, бабушкой и внуками), полнородным и неполнородным (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным)?			
<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если «Да» укажите Степень родства _____			
Ф.И.О. и должность ИПДЛ _____			
Являетесь ли Вы представителем иностранного публичного должностного лица/действуете от его имени? (нужное подчеркнуть)			
<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если «Да» укажите Ф.И.О. и должность ИПДЛ _____			
СТРАХОВАТЕЛЬ (Ф.И.О.)		ПОДПИСЬ	
СТРАХОВОЙ КОНСУЛЬТАНТ (Ф.И.О.)		ПОДПИСЬ	