

Заявление на актуализацию персональных данных



Заявление на двух листах. Все поля обязательны для заполнения (при отсутствии данных заполняется «нет» или «не имею»)

№ Полиса/Полисов

Сведения о Страхователе

Фамилия	<input type="text"/>		
Имя	<input type="text"/>		
Отчество	<input type="text"/>		
Дата рождения	<input type="text" value="Д"/> <input type="text" value="Д"/> <input type="text" value="М"/> <input type="text" value="М"/> <input type="text" value="Г"/> <input type="text" value="Г"/> <input type="text" value="Г"/> <input type="text" value="Г"/>	Место рождения	<input type="text"/>

Паспортные данные

Серия	<input type="text"/>	Номер	<input type="text"/>	Дата выдачи	<input type="text" value="Д"/> <input type="text" value="Д"/> <input type="text" value="М"/> <input type="text" value="М"/> <input type="text" value="Г"/> <input type="text" value="Г"/> <input type="text" value="Г"/> <input type="text" value="Г"/>
Кем выдан	<input type="text"/>			Код подразделения	<input type="text"/>
ИНН	<input type="text"/>	СНИЛС	<input type="text"/>		
Имеющиеся гражданства*	<input type="text" value="Укажите все страны"/>	Виды на жительство	<input type="text" value="Укажите все страны"/>		

Вместе с заявлением просим Вас предоставить копию паспорта.

*Для иностранных граждан и лиц без гражданства в обязательном порядке предоставляется миграционная карта и документ, подтверждающий право пребывания лица на территории РФ.

Семейное положение	<input type="text"/>	Количество детей	<input type="text"/>
--------------------	----------------------	------------------	----------------------

Для лиц, зарегистрированных в качестве индивидуального предпринимателя

ОГРНИП	<input type="text"/>	Дата регистрации	<input type="text" value="Д"/> <input type="text" value="Д"/> <input type="text" value="М"/> <input type="text" value="М"/> <input type="text" value="Г"/> <input type="text" value="Г"/> <input type="text" value="Г"/> <input type="text" value="Г"/>	Место регистрации	<input type="text"/>
--------	----------------------	------------------	---	-------------------	----------------------

Адрес регистрации

Индекс	<input type="text"/>	Страна	<input type="text"/>	Город	<input type="text"/>		
Область/край	<input type="text"/>						
Улица	<input type="text"/>	Дом	<input type="text"/>	Корпус	<input type="text"/>	Квартира	<input type="text"/>

Адрес проживания (адрес для корреспонденции), если отличается от адреса регистрации

Индекс	<input type="text"/>	Страна	<input type="text"/>	Город	<input type="text"/>		
Область/край	<input type="text"/>						
Улица	<input type="text"/>	Дом	<input type="text"/>	Корпус	<input type="text"/>	Квартира	<input type="text"/>

Контактная информация

Телефон домашний	код страны	<input type="text"/>	код	<input type="text"/>	№	<input type="text"/>
Телефон рабочий	код страны	<input type="text"/>	код	<input type="text"/>	№	<input type="text"/>
Телефон мобильный № 1	код страны	<input type="text"/>	код	<input type="text"/>	№	<input type="text"/>
Телефон мобильный № 2	код страны	<input type="text"/>	код	<input type="text"/>	№	<input type="text"/>
E-mail № 1	<input type="text"/>	@	<input type="text"/>			
E-mail № 2	<input type="text"/>	@	<input type="text"/>			
Подпись Страхователя	<input type="text"/>	Дата	<input type="text" value="Д"/> <input type="text" value="Д"/> <input type="text" value="М"/> <input type="text" value="М"/> <input type="text" value="Г"/> <input type="text" value="Г"/> <input type="text" value="Г"/> <input type="text" value="Г"/>			

Являетесь ли Вы публичным должностным лицом, его супругом, близким родственником? (да/нет)

Если да, укажите:

Должность публичного должностного лица полностью

Наименование организации

Адрес организации

Дата назначения на должность

Д	Д	М	М	Г	Г	Г	Г
---	---	---	---	---	---	---	---

Для родственников публичных должностных лиц:

Ф. И. О. публичного должностного лица

Родство (например, мать, отец, сын, дочь и т.д.)

Настоящим соглашаюсь с тем, что все указанные в данном Заявлении изменения персональных и контактных данных Страхователя будут учтены в отношении всех полисов, по которым я являюсь Страхователем.

Я подтверждаю, что я, Страхователь — физическое лицо, Застрахованные лица и назначенные Выгодоприобретатели — физические лица не имеют Бенефициарных владельцев (физических и юридических лиц, предусмотренных Федеральным законом от 07.08.2001 № 115 ФЗ). В ином случае обязуюсь заполнить «Уведомление о Бенефициарных владельцах». Страхователь – юридическое лицо и индивидуальный предприниматель обязуется предоставить Страховщику полную информацию о бенефициарных владельцах Страхователя по установленной Страховщиком форме, а также иные сведения о Страхователе, его деятельности, представителе Страхователя и бенефициарных владельцах, запрошенные Страховщиком в рамках выполнения требований законодательства о противодействии отмыванию доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма, включая изменения ранее предоставленных сведений. Настоящим я предоставляю АО «МетЛайф» и лицам, действующим по его поручению, право на обработку (в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение любым, не противоречащим российскому законодательству способом (в том числе без использования средств автоматизации), на трансграничную передачу в страны, обеспечивающие адекватную защиту персональных данных и не обеспечивающие такую защиту, всех моих и Застрахованного лица персональных данных (в том числе персональных данных о состоянии здоровья) в целях заключения и исполнения Договора страхования, а также в целях предоставления с помощью средств связи информации об исполнении Договора страхования и информации о страховых услугах, оказываемых Страховщиком. При этом такое согласие дается мной Страховщику на весь срок действия Договора страхования и в течение 5 (пяти) лет после прекращения действия Договора страхования и может быть отозвано мной в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного мной письменного уведомления.

Настоящим я подтверждаю, что, Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель(-ли) не являемся лицами, в отношении которых установлены и действуют программы санкций и иные ограничения, предусмотренные решениями компетентных органов Российской Федерации, иных стран и организаций, а также не являемся лицами, внесенными в списки лиц, подверженных санкциям в связи с легализацией (отмыванием) доходов, террористической и иной незаконной деятельностью, формируемые указанными странами и организациями, и соглашаюсь (-емся) с тем, что предоставление страхового покрытия, страховые выплаты или иные платежи в отношении лиц, на которых распространяются программы санкций или иные ограничения, или которые внесены в списки лиц, причастных к легализации (отмыванию) доходов, террористической и иной незаконной деятельности, будут сделаны при условии получения соответствующего разрешения органа, установившего санкцию/ограничение.

Во исполнение требований Федерального закона Российской Федерации от 07.08.2001 г. N 115-ФЗ настоящим я подтверждаю, что Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель(-ли) не являются иностранными публичными должностными лицами, должностными лицами публичной международной организации, лицами, замещающими (занимающими) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, или должности в Центральном банке Российской Федерации, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации, а также их супругами или близкими родственниками. В ином случае обязуюсь заполнить «Заявление о принятии на обслуживание должностного лица» или «Уведомление о родстве с должностным лицом».

* Под иностранным публичным должностным лицом понимается 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 (например, главы государств или правительств, руководители государственных корпораций, ведущие политики, высшие правительственные или военные чиновники).

Своей подписью подтверждаю, что сведения, указанные в настоящем заявлении, являются достоверными и полными. В случае изменения указанных сведений обязуюсь незамедлительно уведомить об этом АО «МетЛайф».

Подпись Страхователя

Дата

Д	Д	М	М	Г	Г	Г	Г
---	---	---	---	---	---	---	---