

Список выгодоприобретателей по Договору страхования (Полису)



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

№ Полиса

Застрахованное лицо	<input type="text" value="Ф. И. О. полностью"/>		
Страхователь	<input type="text" value="Ф. И. О. полностью"/>		
Финансовый консультант	<input type="text" value="Ф. И. О. полностью"/>	код	<input type="text"/>

Данным заявлением прошу принять новый список Выгодоприобретателей к Договору страхования/Полису, при этом ранее предоставленный список Выгодоприобретателей прошу считать недействительным. В случае, если количество отведенных полей для назначения Выгодоприобретателей в бланках «Список Выгодоприобретателей» либо «Заявление о страховании» меньше количества назначаемых Выгодоприобретателей по одному риску, одновременно заполняется несколько списков, которые являются дополнением друг друга.

Назначение Выгодоприобретателя (-ей) на случай смерти Застрахованного лица

В сумме процентное отношение (доля) по всем Выгодоприобретателям должно составлять 100%.

Выгодоприобретатель	Отношение Выгодоприобретателя к Застрахованному лицу	Процентное отношение, доля
Ф. И. О.	<input type="text"/>	ИНН <input type="text"/>
Место рождения	<input type="text"/>	Дата рождения <input type="text"/>
Имеющиеся гражданства *	<input type="text"/>	
Виды на жительство	<input type="text"/>	
Паспорт / Свид. о рождении	Когда выдан <input type="text"/>	Кем выдан <input type="text"/>
Кем выдан	<input type="text"/>	Код подразделения <input type="text"/>
Место регистрации (жительства) Выгодоприобретателя. Заполняется из данных, указанных в паспорте		
<input type="text"/>	Страна <input type="text"/>	Край/Область <input type="text"/>
Район <input type="text"/>	Город <input type="text"/>	
Улица <input type="text"/>	Дом <input type="text"/>	Корпус/Строение <input type="text"/>
Место нахождения (пребывания) Выгодоприобретателя		
<input type="text"/>	Страна <input type="text"/>	Край/Область <input type="text"/>
Район <input type="text"/>	Город <input type="text"/>	
Улица <input type="text"/>	Дом <input type="text"/>	Корпус/Строение <input type="text"/>
Квартира <input type="text"/>		
Выгодоприобретатель	Отношение Выгодоприобретателя к Застрахованному лицу	Процентное отношение, доля
Ф. И. О.	<input type="text"/>	ИНН <input type="text"/>
Место рождения	<input type="text"/>	Дата рождения <input type="text"/>
Имеющиеся гражданства *	<input type="text"/>	
Виды на жительство	<input type="text"/>	
Паспорт / Свид. о рождении	Когда выдан <input type="text"/>	Кем выдан <input type="text"/>
Кем выдан	<input type="text"/>	Код подразделения <input type="text"/>
Место регистрации (жительства) Выгодоприобретателя. Заполняется из данных, указанных в паспорте		
<input type="text"/>	Страна <input type="text"/>	Край/Область <input type="text"/>
Район <input type="text"/>	Город <input type="text"/>	
Улица <input type="text"/>	Дом <input type="text"/>	Корпус/Строение <input type="text"/>
Место нахождения (пребывания) Выгодоприобретателя		
<input type="text"/>	Страна <input type="text"/>	Край/Область <input type="text"/>
Район <input type="text"/>	Город <input type="text"/>	
Улица <input type="text"/>	Дом <input type="text"/>	Корпус/Строение <input type="text"/>
Квартира <input type="text"/>		
Выгодоприобретатель	Отношение Выгодоприобретателя к Застрахованному лицу	Процентное отношение, доля
Ф. И. О.	<input type="text"/>	ИНН <input type="text"/>
Место рождения	<input type="text"/>	Дата рождения <input type="text"/>
Имеющиеся гражданства *	<input type="text"/>	
Виды на жительство	<input type="text"/>	
Паспорт / Свид. о рождении	Когда выдан <input type="text"/>	Кем выдан <input type="text"/>
Кем выдан	<input type="text"/>	Код подразделения <input type="text"/>
Место регистрации (жительства) Выгодоприобретателя. Заполняется из данных, указанных в паспорте		
<input type="text"/>	Страна <input type="text"/>	Край/Область <input type="text"/>
Район <input type="text"/>	Город <input type="text"/>	
Улица <input type="text"/>	Дом <input type="text"/>	Корпус/Строение <input type="text"/>
Место нахождения (пребывания) Выгодоприобретателя		
<input type="text"/>	Страна <input type="text"/>	Край/Область <input type="text"/>
Район <input type="text"/>	Город <input type="text"/>	
Улица <input type="text"/>	Дом <input type="text"/>	Корпус/Строение <input type="text"/>
Квартира <input type="text"/>		

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

Страхователь	Застрахованное лицо	Финансовый консультант
_____	_____	_____
(подпись)	(подпись)	(подпись)
Дата, город _____	Дата, город _____	Дата, город _____

Список выгодоприобретателей по Договору страхования (Полису)

Продолжение



Назначение Выгодоприобретателя по Дожитию Застрахованного лица до конца срока страхования

Заполняется только для основных программ страхования: Дожитие до определенного возраста или срока, Смешанное страхование жизни.

Выгодоприобретатель	Отношение Выгодоприобретателя к Застрахованному лицу										Процентное отношение, доля																																																	
Ф. И. О.											ИНН																																																	
Место рождения											Дата рождения																																																	
Имеющиеся гражданства *																																																												
Виды на жительство																																																												
Паспорт / Свид. о рождении											Когда выдан					Кем выдан																																												
Кем выдан															Код подразделения																																													
Место регистрации (жительства) Выгодоприобретателя. Заполняется из данных, указанных в паспорте																																																												
<table border="1"> <tr> <td colspan="10">Страна</td> <td colspan="5">Край/Область</td> </tr> <tr> <td colspan="10">Район</td> <td colspan="5">Город</td> </tr> <tr> <td colspan="10">Улица</td> <td>Дом</td> <td colspan="3">Корпус/Строение</td> <td colspan="2">Квартира</td> </tr> </table>															Страна										Край/Область					Район										Город					Улица										Дом	Корпус/Строение			Квартира	
Страна										Край/Область																																																		
Район										Город																																																		
Улица										Дом	Корпус/Строение			Квартира																																														
Место нахождения (пребывания) Выгодоприобретателя																																																												
<table border="1"> <tr> <td colspan="10">Страна</td> <td colspan="5">Край/Область</td> </tr> <tr> <td colspan="10">Район</td> <td colspan="5">Город</td> </tr> <tr> <td colspan="10">Улица</td> <td>Дом</td> <td colspan="3">Корпус/Строение</td> <td colspan="2">Квартира</td> </tr> </table>															Страна										Край/Область					Район										Город					Улица										Дом	Корпус/Строение			Квартира	
Страна										Край/Область																																																		
Район										Город																																																		
Улица										Дом	Корпус/Строение			Квартира																																														

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

По программам страхования: Дожитие до определенного возраста или срока, Смешанное страхование жизни обязательно укажите всех Выгодоприобретателей на случай смерти и на случай дожития Застрахованного лица.

Новый список Выгодоприобретателей вступает в силу с даты подписания Страхователем и Застрахованным лицом данного Заявления на изменение Выгодоприобретателей. Не указанные в новом списке лица не имеют права предъявлять требование о выплате страховой суммы. Замена Выгодоприобретателей по Договору страхования допускается только с согласия Застрахованного лица.

В случае, если Застрахованное лицо не достигло 18-летнего возраста, Документ подписывается законным представителем Застрахованного лица.

Копии паспортов Застрахованного лица и Страхователя приложены.

Декларация Страхователя

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 Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель(-ли) не являемся 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, государственных корпорациях и иных организациях, 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».

Во исполнение требований Федерального закона Российской Федерации от 28.06.2014 г. N 173-ФЗ настоящим я подтверждаю, что представленная выше информация о наличии/отсутствии у Страхователя, Застрахованного лица и назначенных Выгодоприобретателей гражданства/вида на жительство и/или статуса налогоплательщика иностранного государства на момент подписания данного Заявления полна и достоверна. В случае изменения статуса гражданства (включая двойное гражданство) Страхователя, Застрахованного лица или Выгодоприобретателей, и/или получения вида на жительство в иностранном государстве указанными выше лицами, и/или приобретения статуса налогоплательщика иностранного государства указанными выше лицами, а также замены Страхователя и/или Выгодоприобретателя на лицо, имеющее гражданство/вид на жительство и/или статус налогоплательщика иностранного государства, обязуюсь уведомить об этом АО «МетЛайф» в течение 30 (тридцати) дней. Настоящим предоставляю АО «МетЛайф» право передавать информацию, указанную в Заявлении о страховании, приложениях к нему, и иную необходимую информацию в иностранный налоговый орган в целях исполнения требований законодательства о налогообложении иностранных счетов.

* 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).

Страхователь	Застрахованное лицо	Финансовый консультант
_____	_____	_____
(подпись)	(подпись)	(подпись)
Дата, город _____	Дата, город _____	Дата, город _____