

Список выгодоприобретателей по Договору страхования (Полису)



Заявление на трех 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 *	<small>Укажите все страны.</small>	
Виды на жительство	<small>Укажите все страны.</small>	
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"/> Квартира <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 *	<small>Укажите все страны.</small>	
Виды на жительство	<small>Укажите все страны.</small>	
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"/> Квартира <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 *	<small>Укажите все страны.</small>	
Виды на жительство	<small>Укажите все страны.</small>	
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"/> Квартира <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 _____

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 *	Укажите все страны			
Виды на жительство	Укажите все страны			
Паспорт / Свид. о рождении		Когда выдан		Кем выдан
Кем выдан			Код подразделения	
Место регистрации (жительства) Выгодоприобретателя. Заполняется из данных, указанных в паспорте				
	Страна	Край/Область		
Район	Город			
Улица		Дом	Корпус/Строение	Квартира
Место нахождения (пребывания) Выгодоприобретателя				
	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.

Дополнительные сведения (необходимо предоставить ответ в каждом из трех разделов ниже)

В соответствии с пунктом 14 статьи 7 Федерального закона от 07.08.2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма», клиенты обязаны предоставить информацию, необходимую для исполнения организацией требований указанного Федерального закона, включая информацию о лицах (Выгодоприобретателях), к выгоде которых Вы действуете, и Бенефициарных владельцев.

1. Сведения о лицах, к выгоде которых производятся действия по заявлению (Выгодоприобретатели)

Имеются ли у Вас лица (Выгодоприобретатели), к выгоде которых Вы действуете (в том числе на основании доверенности, агентского договора, договоров поручения, комиссии и доверительного управления) при проведении операций с денежными средствами по данному заявлению?

- нет, действую к собственной выгоде
- да, действую к выгоде другого лица. Необходимо заполнить Анкету физического / юридического лица / индивидуального предпринимателя отдельно на каждое лицо (Выгодоприобретателя).

2. Сведения о Бенефициарных владельцах

Имеются ли у Вас Бенефициарные владельцы, то есть физические лица, которые, в конечном счете, прямо или косвенно (через третьих лиц) имеют возможность контролировать Ваши действия?

- нет, я сам(а) являюсь своим Бенефициарным владельцем
- да, имеются. Необходимо заполнить Анкету физического лица отдельно на каждого Бенефициара.

Страхователь

Застрахованное лицо

Финансовый консультант

_____ (подпись)

_____ (подпись)

_____ (подпись)

Дата, город _____

Дата, город _____

Дата, город _____

3. Сведения о статусе публичного должностного лица (ПДЛ)

- не являюсь ПДЛ и/или родственником ПДЛ
- являюсь ПДЛ и/или родственником ПДЛ. Заполните поля ниже, указав необходимые категории.

Я являюсь:

- российским публичным должностным лицом, то есть лицом, занимающим государственные должности РФ, должности членов совета директоров ЦБ РФ, должности на федеральной государственной службе, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных на основании федеральных законов
- международным публичным должностным лицом, то есть должностным лицом публичной международной организации, которому доверены или были доверены ею важные функции
- иностранным публичным должностным лицом, то есть публичным должностным лицом иностранного государства.

В случае если отмечен хотя бы один из перечисленных вариантов, необходимо заполнить Анкету публичного должностного лица.

- Я являюсь родственником лица, принадлежащего к одной из перечисленных категорий.

К какой именно из вышеперечисленных категорий относится Ваш родственник?: (указать)

Степень родства между вами: (указать)

Достоверность сведений, указанных в настоящем заявлении, подтверждаю. Проинформирован(а) о необходимости обновления указанных в заявлении сведений (информации) в случае их изменения, а также обязуюсь представить все необходимые сведения по запросу организации.

Согласие на обработку персональных данных

Являясь Субъектом персональных данных, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», настоящим я предоставляю оператору персональных данных – Акционерному обществу «Страховая компания МетЛайф» (адрес местонахождения 127015, город Москва, ул. Бутырская, д. 76, стр. 1), далее именуемое АО «МетЛайф» или Общество, и его партнерам/контрагентам свое согласие на обработку персональных данных, любым, не противоречащим российскому законодательству способом (в том числе с/без использования средств автоматизации, с использованием глобальной информационно-телекоммуникационной сети Интернет), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение персональных данных в целях:

- а) заключения и исполнения договоров/соглашений с АО «МетЛайф» и договоров перестрахования (если применимо);
- б) проверки любых сведений и документов, предоставленных мной Обществу или полученных Обществом из открытых источников, для заключения и исполнения договора страхования или принятия решения по страховому событию, а также получения, при необходимости, дополнительных сведений, в том числе медицинского характера, и документов в любых органах/организациях, включая государственные органы и организации, медицинские учреждения, бюро кредитных историй;
- в) оценки риска, в том числе в связи с состоянием моего здоровья;
- г) предоставления мне Обществом информации по договору или в связи с моими обращениями, а также о предоставляемых Обществом услугах и способах их оказания (в том числе информации рекламного характера), по любым каналам связи, сообщенным мной Обществу;
- д) ведения справочных и клиентских баз для повышения качества обслуживания клиентов;
- е) осуществления иных функций, возложенных на АО «МетЛайф» нормами применимого законодательства, и заключенными/ заключаемыми со мной договорами, соглашениями.

Персональные данные, в отношении которых дается данное согласие, включают: все вместе и каждая в отдельности персональные данные, относящиеся к Страхователю / Застрахованному лицу и/или Выгодоприобретателю(-ям) в договоре страхования и документах к нему, в том числе сведения медицинского характера и/или содержащие врачебную тайну о состоянии здоровья, сведения о финансовом положении, а также сведения, предоставленные для урегулирования страхового события или в связи с иными обращениями в Общество.

Я выражаю свое согласие на трансграничную передачу (предоставление, доступ) персональных данных в объеме идентификационных сведений в соответствии с Федеральным законом № 115-ФЗ от 07.08.2001 г., иностранным юридическим лицам, находящимся на территории США, в частности: Metropolitan Life Insurance Company (Метрополитан Лайф Иншуранс Компани), адрес: 1095, Avenue of the Americas, New York, USA.

Я уведомлен о том, что перечень партнеров/контрагентов, которым предоставляются или могут предоставляться мои персональные данные, персональные данные Застрахованного лица и выгодоприобретателя(-ей) в указанных выше целях, размещен на официальном сайте АО «МетЛайф» по адресу: <http://www.metlife.ru/> и/или может быть мне предоставлен на основании отдельного письменного уведомления или письма по электронной почте с указанного мною при заключении договора адреса. Я осознаю, что отзыв моего согласия приведет к прекращению действия договора страхования по моей инициативе, а Страховщик обязан продолжить обработку моих персональных данных и после отзыва моего согласия в случаях и в течение времени, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Предоставляя согласие, я действую по своей воле и в своем интересе. Согласие дается мной Страховщику и его партнерам/контрагентам добровольно, на весь срок действия договора страхования и следующие 5 (пять) лет после прекращения действия договора страхования, и может быть отозвано мной в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного мной письменного уведомления или письма по электронной почте с указанного мною при заключении договора адреса. Я осознаю, что отзыв моего согласия приведет к прекращению действия договора страхования по моей инициативе, а Страховщик обязан продолжить обработку моих персональных данных и после отзыва моего согласия в случаях и в течение времени, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Страхователь

Застрахованное лицо

Финансовый консультант

_____ (подпись)

_____ (подпись)

_____ (подпись)

Дата, город _____

Дата, город _____

Дата, город _____