

Заявление

на выплату страхового обеспечения при дожитии до окончания действия договора страхования

№

от

 / / г.

Получатель выплаты

ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ ПРИ ДОЖИТИИ,
НАЗНАЧЕННЫЙ В УСТАНОВЛЕННОМ ПОРЯДКЕ % ОТ СТРАХ. СУММЫ

Ф. И. О.

ДАТА
РОЖДЕНИЯ / / г.СТРАНА
РОЖДЕНИЯМЕСТО
РОЖДЕНИЯПОЛ М Ж ДОКУМЕНТ,
УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ
ЛИЧНОСТЬ

тип

серия

номер

 / / г.

дата выдачи

кем выдан, код подразделения

АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ

государство

регион/населенный пункт

адрес, включая почтовый индекс

АДРЕС ПРЕБЫВАНИЯ
(если отличается)

государство

регион/населенный пункт

адрес, включая почтовый индекс

КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ

адрес электронной почты

 / + / /

телефон мобильный

ГРАЖДАНСТВО

ВТОРОЕ ГРАЖДАНСТВО

ГРАЖДАНСТВО ОТСУТСТВУЕТ

СТАТУС НАЛОГООПЛАТЕЛЬЩИКА:

НАЛОГОВЫЙ РЕЗИДЕНТ РФ

ИНН

НАЛОГОВЫЙ
РЕЗИДЕНТ ИНОЙ СТРАНЫ

ИНН (TIN)

СТРАНА
РЕЗИДЕНТСТВАдля граждан
и/или налогоплательщиков США

номер соц. страхования (SSN)

ID

ИНН (TIN)

Я даю свое согласие на предоставление моих персональных данных и информации
о моем доходе в иностранный налоговый орган и (или) иностранным налоговым агентам:

ДА

НЕТ



Для иностранных граждан и лиц без гражданства

МИГРАЦИОННАЯ КАРТА

серия

номер

 / / г.

дата начала срока пребывания

 / / г.

дата окончания срока пребывания

ДОКУМЕНТ,
ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ
ПРАВО ИНОСТРАННОГО
ГРАЖДАНИНА ИЛИ ЛИЦА
БЕЗ ГРАЖДАНСТВА НА
ПРЕБЫВАНИЕ В РФ

тип

серия

номер

 / / г.дата начала срока действия
права пребывания (проживания) / / г.дата окончания срока действия
права пребывания (проживания)ПОЛУЧАТЕЛЬ
ВЫПЛАТЫ

Ф. И. О.

подпись

 / / г.

дата

