



от (СТРАХОВАТЕЛЬ)

Ф. И. О.

ДОКУМЕНТ,
УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ
ЛИЧНОСТЬ

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| тип | серия | номер | дата выдачи |

кем выдан, код подразделения

от (ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО)

Ф. И. О.

ДОКУМЕНТ,
УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ
ЛИЧНОСТЬ

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| тип | серия | номер | дата выдачи |

кем выдан, код подразделения

Заявление

на продление срока действия Договора страхования по программам «Райффайзен Перспектива»

Прошу внести следующие изменения в Договор страхования № от / / г.

Изменение персональных данных

Ф. И. О. СТРАХОВАТЕЛЯ

ДОКУМЕНТ,
УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ
ЛИЧНОСТЬ

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| тип | серия | номер | дата выдачи |

кем выдан, код подразделения

ГРАЖДАНСТВО

| | | |
|----------------------|-----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | ВТОРОЕ ГРАЖДАНСТВО | <input type="text"/> |
|----------------------|-----------------------|----------------------|

 РЕЗИДЕНТ РФ НЕРЕЗИДЕНТ РФ ИНН/TIN SSN ID ГРАЖДАНСТВО США ДА НЕТ НАЛОГОВЫЙ СТАТУС НАЛОГООПЛАТЕЛЬЩИК США ДА НЕТ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЕ ДАННЫЕ
ДЛЯ ГРАЖДАН
И НАЛОГООПЛАТЕЛЬЩИКОВ США

| | |
|------------------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| номер соц. страхования (SSN) | ID |

Заполняется в случае положительного ответа

ИНН (TIN)

Я даю свое согласие на предоставление моих персональных данных и информации о моем доходе в налоговую службу США: ДА НЕТ

АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ

| | |
|----------------------|-------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| государство | регион/населенный пункт |

АДРЕС ПРЕБЫВАНИЯ
(если отличается)

| | |
|----------------------|-------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| государство | регион/населенный пункт |

КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ

| | |
|-------------------------|---|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| адрес электронной почты | телефон мобильный (с указанием оператора) |

Ф. И. О.
ЗАСТРАХОВАННОГО
ЛИЦА

 / / г.

ДОКУМЕНТ,
УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ
ЛИЧНОСТЬ

тип
серия
номер
дата выдачи
кем выдан, код подразделения

ГРАЖДАНСТВО

ВТОРОЕ
ГРАЖДАНСТВО

РЕЗИДЕНТ РФ НЕРЕЗИДЕНТ РФ ИНН/TIN SSN ID

ГРАЖДАНСТВО США

ДА

НЕТ

НАЛОГОВЫЙ СТАТУС НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИК США

ДА

НЕТ

ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЕ ДАННЫЕ
ДЛЯ ГРАЖДАН
И НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКОВ США

номер соц. страхования (SSN)
ID

Заполняется в случае положительного ответа

ИНН (TIN)

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 (с указанием оператора)

Изменение данных о хобби застрахованного лица

Напишите, пожалуйста, вид, частоту и интенсивность занятий спортом или иным опасным видом деятельности.



Изменение текущей программы страхования на (выберите новую программу страхования)

- «Райффайзен Перспектива. Программа №1»
Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования.
Смерть Застрахованного лица.
- «Райффайзен Перспектива. Программа №2»
Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования.
Смерть Застрахованного лица.
- «Райффайзен Перспектива. Программа №3»
Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования.
Смерть Застрахованного лица.
Инвалидность Застрахованного лица I группы.



Изменение периодичности оплаты взносов**:

ежемесячно ежеквартально раз в полгода ежегодно

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ ПУНКТ



Изменение страховой суммы / страховой премии по программе страхования

ВЫБРАТЬ ОДИН ИЗ ВАРИАНТОВ:

а) Страховую сумму:

Оставить без изменения Увеличить до Уменьшить до

(укажите страховую сумму в валюте Договора страхования)

б) Страховую премию:

Оставить без изменения Увеличить до Уменьшить до

(укажите страховую премию в валюте Договора страхования)

* Если были внесены изменения, то укажите сумму в новой валюте Договора страхования.

** Если были внесены изменения, обязательно укажите размер страховой премии/страховой суммы исходя из новой периодичности оплаты.

→ Продление срока действия договора страхования на лет ***

Подписывая настоящее Заявление я,

Ф. И. О. лица, подающего Заявление

— подтверждаю, что я не являюсь иностранным публичным должностным лицом (далее — ПДЛ), супругом, близким родственником ПДЛ (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии), полнородными и неполнородными (имеющим общих отца или мать) братьями и сестрами, усыновителями и усыновленными) и не действую от имени указанных лиц;

ДА НЕТ ПОДРОБНЕЕ

— подтверждаю, что я не являюсь должностным лицом публичных международных организаций, а также лицом, замещающим (занимающим) 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, 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;

ДА НЕТ ПОДРОБНЕЕ

— я даю свое согласие на предоставление моих персональных данных и информации о моем доходе в налоговую службу США.

ДА НЕТ

Я понимаю и согласен/согласна с тем, что: порядок, условия и дата изменения Договора страхования будут согласованы между мною и Страховщиком в соглашении об изменении Договора страхования.

Являетесь ли Вы должностным лицом публичных международных организаций, а также лицом, замещающим (занимающим) 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, 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?

ДА НЕТ ПОДРОБНЕЕ

Являетесь ли Вы иностранным публичным должностным лицом (далее — ПДЛ), супругом, близким родственником ПДЛ (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии, полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братьями и сестрами, усыновителями и усыновленными) или действуете от имени указанных лиц?

ДА НЕТ ПОДРОБНЕЕ

Подтверждаю, что Бенефициарным владельцем является Получатель выплаты. Основания для признания иных физических лиц лицами, имеющими возможность контролировать действия Страхователя, отсутствуют.

Ф. И. О. Страхователя

подпись

дата

Ф. И. О. Застрахованного лица

подпись

дата

*** Максимальный возраст Застрахованного лица по пролонгированному Договору страхования не может превышать 65 лет на дату окончания срока действия пролонгированного Договора страхования.

Срок действия Договора страхования, условия которого предусматривают единовременную оплату страховой премии, может быть продлен на период от 1 года.

Срок действия Договора страхования, условия которого предусматривают периодическую оплату страховой премии, может быть продлен только на целое число лет, но не менее, чем на 3 года.