



Заявление об индексации Договора страхования жизни

Дата приёма заявления «___» _____ 20__ г.

Ф.И.О. сотрудника _____

Отдел сопровождения

Офис продаж (только штатным сотрудником)

Подпись _____

Страховой полис/Договор №

от «___» _____ 20__ г.

Страхователь:

Фамилия

Имя Отчество

Документ, удостоверяющий личность:

Паспорт Иной документ:

Серия Номер Дата выдачи «___» _____ 20__ г. –
код подразделения

Выдан _____
наименование государственного органа, выдавшего документ

Прошу внести следующие изменения в Договор страхования:

Отказываюсь от индексации страховых взносов по Основным условиям по Договору:

только на текущий год (далее индексация возобновляется)

на текущий год и далее до окончания срока периода уплаты страховых взносов

Прошу добавить в условия Договора страхования опцию индексации страховых сумм по Основным условиям

Настоящим подтверждаю, что:

Не являюсь публичным должностным лицом (ПДЛ)*, а также супругом (супругой) / ближайшим родственником ПДЛ

Не имею иного гражданства, вида на жительство в ином государстве, кроме Российской Федерации

Не являюсь налоговым резидентом иного государства, кроме Российской Федерации

Не являюсь налогоплательщиком США согласно FATCA

Если какое-либо из приведенных выше утверждений неверно – в обязательном порядке заполняются соответствующие разделы формы «Анкета для указания дополнительных сведений по иностранным гражданам и несоответствию дисклеймерам».

В случае подписания заявления представителем клиента необходимо дополнительно заполнить форму «Анкета физического лица – представителя / бенефициарного владельца».

* Под публичными должностными лицами подразумеваются как российские публичные должностные лица (РПДЛ), так и иностранные публичные должностные лица (ИПДЛ) и должностные лица публичной международной организации (МПДЛ).

Я подтверждаю, что указанные мной контактные и паспортные данные актуальны и соответствуют действительности. Прошу актуализировать их во всех договорах, заключенных в компании.

Страхователь _____ / _____
подпись Ф.И.О.

Дата «___» _____ 20__ г.

Представитель Страховщика _____ / _____
подпись Ф.И.О.

Дата «___» _____ 20__ г.