



Заявление

на выплату страхового обеспечения при дожитии до окончания действия договора страхования

№ от / / г.

Получатель выплаты

ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ ПРИ ДОЖИТИИ,
НАЗНАЧЕННЫЙ В УСТАНОВЛЕННОМ ПОРЯДКЕ % ОТ СТРАХ. СУММЫ Ф. И. О. ДАТА РОЖДЕНИЯ / / г. МЕСТО РОЖДЕНИЯ ПОЛ М Ж ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ тип серия номер дата выдачи кем выдан, код подразделения ГРАЖДАНСТВО ВТОРОЕ ГРАЖДАНСТВО РЕЗИДЕНТ РФ НЕРЕЗИДЕНТ РФ ИНН/TIN SSN ID АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ государство регион/населенный пункт адрес, включая почтовый индексАДРЕС ПРЕБЫВАНИЯ (если отличается) государство регион/населенный пункт адрес, включая почтовый индексКОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ адрес электронной почты / + / / телефон мобильный (с указанием оператора)

Для иностранных граждан и лиц без гражданства

МИГРАЦИОННАЯ КАРТА серия номер / / г. дата начала срока пребывания / / г. дата окончания срока пребыванияДОКУМЕНТ, 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)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)

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

ДА НЕТ ПОДРОБНЕЕ ПОЛУЧАТЕЛЬ ВЫПЛАТЫ Ф. И. О. подпись / / г. дата

