

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**на страховую выплату по Договору страхования**  
 № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

Прошу произвести страховую выплату в связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая:

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>СОБЫТИЕ, ИМЕЮЩЕЕ ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ</b><br>(указать: смерть или инвалидность 1 или 2 групп, дата наступления события, имеющего признаки страхового случая):  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО:</b>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ф.И.О. (полностью): _____   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Паспортные данные: _____  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дата рождения: _____  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Контактный телефон: _____ e-mail: _____   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>ПРИЧИНЫ И ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НАСТУПЛЕНИЯ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ:</b>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ</b>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>ОСНОВАНИЕ К ВЫПЛАТЕ</b> (к заявлению прилагаются следующие документы, подтверждающие наступление события, имеющего признаки страхового случая, и право на получение страховой выплаты):  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА</b> (по риску «Смерть» выплачивается по реквизитам указанным ниже, по риску «Инвалидность 1,2 группы» - в соответствии с условиями Договора страхования в порядке взаимозачета суммы страховой выплаты и суммы очередного страхового взноса) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Получатель страховой выплаты - Выгодоприобретатель (указать Ф.И.О./наименование юрлица):  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>РЕКВИЗИТЫ</b> (указать для перечисления страховой выплаты по риску «Смерть», все поля обязательные):   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Наименование Банка получателя   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Корреспондентский счет Банка получателя   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| БИК Банка получателя  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| КПП получателя (только для юрлиц)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ИНН получателя (только для юрлиц)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| № лицевого счета получателя (20 или 22 знака в зависимости от того, где открыт счет)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Подпись Заявителя

М.П. юрлица

\_\_\_\_\_ Фамилия, инициалы Заявителя  
 " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

| <b>ДАННЫЕ ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ</b>  |  |
|---|--|
| Ф.И.О. (полностью)/ наименование юрлица: _____  |  |
| Дата рождения: _____ Место рождения: _____ Гражданство: _____   |  |
| Документ, удостоверяющий личность: _____<br><i>наименование, серия, номер, кем выдан, когда выдан</i>   |  |
| Адрес регистрации: _____<br><i>индекс, город, улица, дом, корпус/строение, квартира</i>   |  |
| Адрес фактический / адрес юрлица для корреспонденции: _____<br><i>индекс, город, улица, дом, корпус/строение, квартира</i>  |  |
| Контактный телефон: _____ e-mail: _____   |  |
| Данные миграционной карты (для иностранных граждан): _____<br><i>серия, номер, дата начала и дата окончания срока пребывания</i>  |  |
| Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ _____<br><i>наименование, серия, номер, кем выдан, когда выдан</i> |  |
| Является ли Выгодоприобретатель публичным должностным лицом (ПДЛ)*, супругом ПДЛ, близким родственником ПДЛ?<br><input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ                    |  |

| <b>ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ / ПРЕДСТАВИТЕЛЯ** (заполняется, если он не является Выгодоприобретателем и действует от его имени и в его интересах)</b>  |  |
|---|--|
| Ф.И.О. (полностью): _____   |  |
| Дата рождения: _____ Место рождения: _____ Гражданство: _____   |  |
| Документ, удостоверяющий личность: _____<br><i>наименование, серия, номер, кем выдан, когда выдан</i>   |  |
| Адрес регистрации: _____<br><i>индекс, город, улица, дом, корпус/строение, квартира</i>   |  |
| Адрес фактический: _____<br><i>индекс, город, улица, дом, корпус/строение, квартира</i>   |  |
| Контактный телефон: _____ e-mail _____  |  |
| Я даю свое согласие Страховщику на отправку мне СМС или сообщений по электронной почте с информацией о статусе рассмотрения данного заявления на страховую выплату.                         |  |
| Данные миграционной карты (для иностранных граждан): _____<br><i>серия, номер, дата начала и дата окончания срока пребывания</i>  |  |
| Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ _____<br><i>наименование, серия, номер, кем выдан, когда выдан</i> |  |
| Является ли Выгодоприобретатель публичным должностным лицом (ПДЛ)*, супругом ПДЛ, близким родственником ПДЛ?<br><input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ                    |  |
| Наименование, номер, дата выдачи документа, подтверждающего полномочия Заявителя/Представителя: _____   |  |

В случае если заявление на выплату страхового возмещения подается в связи с установлением Застрахованному лицу инвалидности и персональные данные Застрахованного лица изменились с момента оформления договора страхования, необходимо дополнительно заполнить Уведомление об изменении данных, содержащихся в Договоре страхования.

В целях осуществления выплаты страховой суммы по Договору страхования даю своё согласие Страховщику осуществлять обработку моих персональных данных, а также поручить обработку моих персональных данных (фамилия, имя и отчество, пол, дата и место рождения, паспортные данные, гражданство, номер миграционной карты, адреса мест регистрации и проживания, номер телефона, ИНН, сведения о банковской карте, номер банковского счёта) ПАО РОСБАНК, юридический адрес – 107078, г. Москва, ул. Маши Порываевой, д.34, ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование», юридический адрес – 105064, г. Москва, Земляной вал, д.9, ООО «ОСГ Рекордс Менеджмент Центр», юридический адрес – 127083, г. Москва, ул. Восьмого Марта д.14, стр.1, а также иным обработчикам (далее – «Обработчики»). При этом к иным обработчикам относятся любые третьи лица, осуществляющие обработку персональных данных (далее ПДн) Страхователя/Застрахованного по поручению Страховщика на основании заключенных с этими лицами договоров/соглашений (агентские, перестрахования, возмездного оказания услуг, о взаимном сотрудничестве, обеспечении конфиденциальности и безопасности и др.) в связи с предоставлением страховой услуги, Я даю согласие на предоставление моих ПДн Обработчикам, а также иным третьим лицам, круг которых

Подпись Заявителя

М.П. юрлица

Фамилия, инициалы Заявителя

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

ограничен и определен опосредовано как лица, с которыми Страховщик вправе взаимодействовать в связи с исполнением Договора страхования. В частности, я согласен на получение Страховщиком сведений и/или документов, содержащих мои ПДн: в любых государственных органах и органах местного самоуправления, у юридических и физических лиц, в прокуратуре и иных правоохранительных органах, органах ЗАГС (иных компетентных органах), которым Страховщик вправе направлять запросы о предоставлении сведений/документов в соответствии с Договором страхования, Правилами страхования или законодательством РФ.

Перечень действий, на осуществление которых дается согласие, и общее описание способов обработки: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, как с использованием средств автоматизации (в т.ч. программного обеспечения), так и без их использования (на материальных, в т.ч. бумажных, носителях).

Перечень ПДн, на обработку которых дается согласие (с учетом того, что применимо): ФИО, пол, дата рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем и когда выдан и др.), ИНН (при наличии), контактная информация (адрес места жительства, фактический адрес, номер телефона, адрес электронной почты), данные миграционной карты, данные документа, подтверждающего право на проживание/пребывание в РФ, сведения о наличии или отсутствии статуса иностранного публичного должностного лица, дата начала и дата окончания срока пребывания, платежные реквизиты, иные персональные данные, содержащиеся в Договоре страхования и/или других документах, которые переданы/будут переданы Страховщику в связи с оказанием услуг, согласно условиям Договора страхования, а также данные, которые обрабатываются с моих слов.

Согласие на обработку моих ПДн Страховщиком и Обработчиками действует в течение срока действия Договора страхования, и ещё пять лет после его прекращения, а также истечения срока, необходимого для выполнения положений нормативных правовых актов РФ. Обрабатываемые ПДн подлежат хранению в течение срока действия согласия, если иное не установлено законодательством РФ. Согласие может быть отозвано посредством направления письменного уведомления Страховщику.

\* Понятие «публичное должностное лицо» включает в себя категории: иностранное публичное должностное лицо (т.е. любых назначаемых или избираемых лиц, занимающих какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства, и любых лиц, выполняющих какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в т.ч. для публичного ведомства или государственного предприятия); должностное лицо публичной международной организации (т.е. международных гражданских служащих или любых лиц, которые уполномочены действовать от имени международной организации); а также российское публичное должностное лицо (т.е. лицо, замещающее/занимающее государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка РФ, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ).

\*\* Полномочия Представителя Выгодоприобретателя-юрлица должны быть подтверждены:

- приложением доверенности (ее копии) с соответствующими полномочиями – для юридических и физических лиц;
- ссылкой на Устав (если применимо), предусматривающего соответствующие полномочия – для юридических лиц.

**ОПРОСНИК ПУБЛИЧНОГО ДОЛЖНОСТНОГО ЛИЦА**

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>ФИО</b>   |   |   |
| В случае, если Вы являетесь российским публичным должностным лицом (РПДЛ), укажите категорию занимаемой (замещаемой) должности:  | <input type="checkbox"/> государственные должности РФ,<br><input type="checkbox"/> должности членов Совета директоров Центрального банка РФ,<br><input type="checkbox"/> должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ,<br><input type="checkbox"/> должности в Центральном банке РФ, должности государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ.   |   |
| В случае, если Вы являетесь иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), укажите категорию занимаемой должности:  | <input type="checkbox"/> глава государства (в т.ч. правящие королевские династии) или правительства;<br><input type="checkbox"/> министр, их заместитель и помощник;<br><input type="checkbox"/> высший правительственный чиновник;<br><input type="checkbox"/> должностное лицо судебных органов власти «последней инстанции» (Верховный, Конституционный суд), на решение которых не подается апелляция;<br><input type="checkbox"/> государственный прокурор и его заместитель;<br><input type="checkbox"/> высший военный чиновник;<br><input type="checkbox"/> руководитель и член Советов директоров Национального Банка;<br><input type="checkbox"/> посол;<br><input type="checkbox"/> руководитель государственных корпораций;<br><input type="checkbox"/> член Парламента или иного законодательного органа;<br><input type="checkbox"/> руководитель, заместитель руководителей международных организаций<br><input type="checkbox"/> член Парламента или иного законодательного органа.<br><input type="checkbox"/> член ООН, ОЭСР, ОПЕК, Олимпийского комитета, Всемирного Банка, член Европарламента и др.;<br><input type="checkbox"/> член международных судебных организаций – Суд по правам человека, Гаагский трибунал и другие. |   |
| В случае если Вы являетесь должностным лицом публичной международной организации (МПДЛ), укажите принадлежность к соответствующей международной организации:                 | <input type="checkbox"/> региональные публичные организации – Совет Европы, институт Европейского Союза, Организации по безопасности и сотрудничеству в Европе и Организации американских государств и др.);<br><input type="checkbox"/> военные международные организации – НАТО и др.;<br><input type="checkbox"/> экономические организации – Всемирная торговая организация или АСЕАН и др.;<br><input type="checkbox"/> иное: _____  |   |
| При выборе хотя бы одной из вышеперечисленных категорий, укажите следующие сведения:   | Должность: _____<br>Наименование работодателя: _____<br>Адрес работодателя: _____   |   |
| В случае если Вы являетесь родственником публичного должностного лица, укажите: степень родства<br><br>ФИО и должность родственника, являющегося публичным должностным лицом | <input type="checkbox"/> Супруг/Супруга<br><input type="checkbox"/> Отец/Мать<br><input type="checkbox"/> Сын/Дочь  | <input type="checkbox"/> Брат/Сестра ( в том числе неполнородные)<br><input type="checkbox"/> Внук/Внучка<br><input type="checkbox"/> Иное: _____<br><br>ФИО _____<br>Должность _____       |
| Укажите источники происхождения денежных средств, переводимых (переведенных) Вами в оплату договора страхования, заключенного с ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни»     | <input type="checkbox"/> Заработная плата<br><input type="checkbox"/> Пенсия<br><input type="checkbox"/> Наследство<br><input type="checkbox"/> Личные сбережения   | <input type="checkbox"/> Процентный доход по вкладам (ценным бумагам)<br><input type="checkbox"/> Доходы от предпринимательской деятельности<br><input type="checkbox"/> Иные доходы: _____ |
| Подпись клиента<br>Дата  |   |   |

**Декларация налогового резидентства** (далее «Декларация»)

Настоящим я, / Hereby I,

ФИО/name



паспортные данные/ passport details



информирую ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни» о том, что на дату подписания Декларации являюсь налоговым резидентом как указано ниже

|   | Страна налогового резидентства<br>(указать все страны без исключения) | ИНН в стране налогового резидентства<br>(или код причины отсутствия – по справочнику) |
|---|---|---|
| 1 |   |   |
| 2 |   |   |
| 3 |   |   |
| 4 |   |   |
| 5 |   |   |

**СПРАВОЧНО:**

**Код причины отсутствия ИНН в стране налогового резидентства (не применять для РФ!)**

| Код причины                                   | Описание причины  |
|---|---|
| 1 «ИНН не присваивается»                      | Законодательством данной страны (территории) не предусмотрено присвоение ИНН для налоговых резидентов   |
| 2 «ИНН не получен/ не обязателен к раскрытию» | Присвоение ИНН предусмотрено налоговым законодательством страны (территории) налогового резидентства. Однако законодательные нормы не требуют от налогового резидента получить сведения о присвоенном ему ИНН или аналогичном коде/ идентификаторе налогоплательщика. |
| 3 «Иные основания отсутствия ИНН»             | Иные причины (кроме указанных выше) невозможности получить/ не получения ИНН или аналогичного кода/ идентификатора налогоплательщика.<br><b>Обязательно. Дать письменное разъяснение о сути «иного основания»</b>   |

Я уведомлен, что указанные обстоятельства имеют существенное значение для заключения Договора страхования и подтверждаю, что все предоставленные мной в данной Декларации сведения являются достоверными и полными без попытки сознательного изъятия или утаивания.

Я обязуюсь с момента соответствующего изменения (1) в срок, не превышающий 30 календарных дней, информировать ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни» обо всех изменениях статуса моего налогового резидентства, а также иных сведений, относящихся к данной Декларации, и, (2) предоставлять уточненную (обновленную) Декларацию в срок, не позднее 90 календарных дней, (3) в установленные сроки по запросу ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни» предоставлять уточнение и/или объяснение сведений и/или иную дополнительную информацию

Я даю свое информированное согласие на предоставление сведений, отраженных в указанной Декларации, в налоговые и иные уполномоченные органы в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе, на основании межгосударственных соглашений, на передачу сведений в налоговые и иные уполномоченные органы иностранных государств (территорий) в соответствии с моим налоговым резидентством.

Я уведомлен, что отказ от предоставления согласия на передачу информации в уполномоченные органы или отказ от предоставления уточненных сведений в рамках Декларации может в соответствии с законодательством Российской Федерации повлечь отказ от совершения операций по договору страхования.

|                   |          |   |   |    |
|-------------------|----------|---|---|----|
| Подпись/Signature | ФИО/name | « | » | 20 |
|-------------------|----------|---|---|----|

## ОПРОСНИК ДЛЯ КЛИЕНТОВ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ В ЦЕЛЯХ FATCA

Уважаемый клиент! В целях реализации требований Федерального закона от 28/06/2014 173-ФЗ и законодательства США о налогообложении иностранных счетов (Foreign account tax compliance act, FATCA) ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни» обращается к Вам с просьбой

- заполнить все пункты данного Опросника по порядку, если только в комментариях к ним не указано иное
- если ответ на вопрос предполагает предоставление дополнительных документов или указание сведений, приложить все запрошенные документы в оригинале или должным образом заверенной копии и/или указать сведения в полном объеме

Просим предоставить документы и сведения в 30-дневный срок.

В случае невозможности предоставления запрашиваемой информации и документов в установленные сроки просим незамедлительно обратиться в Компанию для согласования индивидуальных сроков. Просим обратить внимание, что срок для предоставления документов не может превышать 90 дней с даты первичного запроса.

Информируем Вас, что в соответствии с законодательством РФ в случае непредоставления Вами запрошенных документов и сведений в установленные сроки Компания имеет законное право отклонить ваши транзакции с возможностью последующего расторжения договора страхования

|                 |  |   |   |  |   |  |   |   |                              |
|-----------------|--|---|---|--|---|--|---|---|------------------------------|
| Дата заполнения |  |   | .   |  | . |  |   |   |                              |
| 1.              | Фамилия  | _____   |   |  |   |  |   |   |                              |
| 2.              | Имя  | _____   |   |  |   |  |   |   |                              |
| 3.              | Отчество (при наличии)   | _____   |   |  |   |  |   |   |                              |
| 4.              | Дата рождения  |   | .   |  | . |  |   |   |                              |
| 5.              | Являетесь ли Вы гражданином США (в том числе, при наличии двух или более гражданств)?  |   |   |  |   |  |   | <input type="checkbox"/> да               | <input type="checkbox"/> нет |
|                 | При ответе «да» перейдите к пункту 11  |   |   |  |   |  |   |   |                              |
| 6.              | Имеется ли у Вас вид на жительство в США (форма I 551 "Green Card")  |   |   |  |   |  |   | <input type="checkbox"/> да               | <input type="checkbox"/> нет |
|                 | При ответе «да» перейдите к пункту 11  |   |   |  |   |  |   |   |                              |
| 7.              | Является ли местом Вашего рождения территория США?   |   |   |  |   |  |   | <input type="checkbox"/> да               | <input type="checkbox"/> нет |
|                 | При ответе «да»:   | 7.1.  | Вы отказались от гражданства США?   |  |   |  |   | <input type="checkbox"/> да               | <input type="checkbox"/> нет |
|                 |  | При ответе «нет» ответ на вопрос 5 должен быть «да». Пожалуйста, удостоверьтесь и перейдите к пункту 11 |   |  |   |  |   |   |                              |
|                 |  | При ответе «да» предоставьте:   |   |  |   |  |   |   |                              |
|                 |  | •   | копию свидетельства, подтверждающего отказ от гражданства США (Certificate of Loss of Nationality of the United States, form DS 4083) |  |   |  |   | <input type="checkbox"/> да               | <input type="checkbox"/> нет |
|                 |  | •   | иной документ-основание/заявление, подтверждающие отсутствие гражданства США  |  |   |  |   | <input type="checkbox"/> да               | <input type="checkbox"/> нет |
| 8.              | Соответствуете ли Вы критериям долгосрочного пребывания в США?   |   |   |  |   |  |   | <input type="checkbox"/> да               | <input type="checkbox"/> нет |
|                 | (Физическое лицо признается налоговым резидентом США по основанию «долгосрочного пребывания», если оно находилось на территории США не менее 31 дня в течение текущего календарного года и не менее 183 дней в течение 3-х лет, включая текущий год и два непосредственно предшествующих года. При этом сумма дней, в течение которых физическое лицо присутствовало на территории США в текущем году, а также двух предшествующих годах, умножается на установленный коэффициент: коэффициент для текущего года равен 1 (т.е. учитываются все дни, проведенные в США в текущем году); коэффициент предшествующего года равен - 1/3; коэффициент позапрошлого года равен - 1/6. Налоговыми резидентами США не признаются учителя, студенты, стажеры, временно присутствующие на территории США на основании виз F, J, M, Q.) |   |   |  |   |  |   |   |                              |
| 9.              | Имеется ли у Вас адрес проживания или почтовый адрес в США?  |   |   |  |   |  |   | <input type="checkbox"/> да               | <input type="checkbox"/> нет |
| 10.             | Имеете ли вы основной номер контактного телефона на территории США?  |   |   |  |   |  |   | <input type="checkbox"/> да               | <input type="checkbox"/> нет |
| 11.             | Подтвердите: Вы являетесь налоговым резидентом США?  |   |   |  |   |  |   | <input type="checkbox"/> да               | <input type="checkbox"/> нет |
|                 | При ответе «да» укажите следующую информацию/ предоставьте сведения:   |   |   |  |   |  |   |   |                              |
|                 | • Я являюсь налоговым резидентом США   | Да <input type="checkbox"/>   | я являюсь гражданином США   |  |   |  |   | Удостоверьтесь в ответе «да» на вопрос №5 |                              |
|                 | Да <input type="checkbox"/>  | у меня имеется разрешение на постоянное пребывание/вид на жительство в США                              |   |  |   |  | Удостоверьтесь в ответе «да» на вопрос №6 |   |                              |

Подпись Заявителя

М.П. юрлица

Фамилия, инициалы Заявителя

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

|  |  |   |   |                              |
|--|--|---|---|------------------------------|
|  | Да <input type="checkbox"/>  | я соответствую критериям долгосрочного пребывания   | Удостоверьтесь в ответе «да» на вопрос №8 |                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Являясь налоговым резидентом США, я предоставляю</li> </ul> | Да <input type="checkbox"/>  | SSN (Social Security Number – Номер социального страхования США)  | _____                                     |                              |
|  |  | <b>и(ли)</b>  |   |                              |
|  | Да <input type="checkbox"/>  | ITIN (individual Taxpayer Identification Number – индивидуальный идентификационный номер налогоплательщика США) | _____                                     |                              |
|  | Да <input type="checkbox"/>  | ФИО на английском языке в соответствии с документом, удостоверяющим личность                                    | _____<br>_____                            |                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Являясь налоговым резидентом США, я</li> </ul>              | выражаю свое <b>согласие</b> на передачу информации в соответствии с требованиями законодательства РФ и FATCA в налоговые органы США и уполномоченные органы РФ.   |   | <input type="checkbox"/> да               | <input type="checkbox"/> нет |
|  | Я проинформирован(а), что в случае моего отказа ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни» имеет право расторгнуть в одностороннем порядке действующий договор страхования или отказать в заключении иных договоров страхования. |   |   |                              |

**Гарантии и заверения.**

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Да, | я подтверждаю, что информация, указанная в настоящей форме, является достоверной, и я не возражаю против дополнительной проверки   |
| <input type="checkbox"/> Да, | я понимаю, что предоставление ложных, противоречивых или заведомо недостоверных сведений о себе может повлечь ответственность и применение мер в соответствии с применимым законодательством, в том числе, отказ в проведении операций и расторжение договора. |
| <input type="checkbox"/> Да, | я обязуюсь, в случае изменения любых сведений, указанных в настоящей форме, предоставить обновленную информацию в ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни» не позднее 30 календарных дней с момента изменения сведений.  |

|                   |          |   |   |    |
|-------------------|----------|---|---|----|
| Подпись/Signature | ФИО/name | « | » | 20 |
|-------------------|----------|---|---|----|