

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВОЗВРАТ ВЗНОСА / ЧАСТИ ВЗНОСА

Внимание! Заявление на двух листах. Все поля обязательны для заполнения.

Номер Полиса	<input type="text"/>
Страхователь	<input type="text"/>

Данные Получателя

Получатель	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Муж.	<input type="checkbox"/> Жен.
Паспорт	Серия <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Номер <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Кем выдан <input type="text"/>
	Дата выдачи <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Дата рождения <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Место рождения <input type="text"/>
Имеющиеся гражданства*	<input type="text"/> Укажите все страны	Виды на жительство <input type="text"/> Укажите все страны	ИНН <input type="text"/>
*Для иностранных граждан и лиц без гражданства в обязательном порядке предоставляются: миграционная карта и документ, подтверждающий право пребывания лица на территории РФ.			
Адрес регистрации	Адрес проживания		
Индекс <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Страна <input type="text"/>	Индекс <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Страна <input type="text"/>
Область/Край <input type="text"/>		Область/Край <input type="text"/>	
Город <input type="text"/>		Город <input type="text"/>	
Улица <input type="text"/>		Улица <input type="text"/>	
Дом <input type="text"/>	Корпус <input type="text"/>	Квартира <input type="text"/>	Дом <input type="text"/>
			Корпус <input type="text"/>
			Квартира <input type="text"/>
Мобильный телефон	8 код <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	№ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Контактный телефон	8 код <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	№ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Место работы/ название компании	<input type="text"/>	Должность/ описание служебных обязанностей	<input type="text"/>
Ф. И. О. финансового консультанта	<input type="text"/>	Код финансового консультанта/брокера	<input type="text"/>

Прошу вернуть взнос / часть взноса в сумме _____ руб.

в связи с _____

(указать причину возврата)

Необходимые документы:

1. Копия платежного документа, подтверждающего оплату страховой премии и/или кредитного договора (если Договор страхования оформлялся при получении кредита).
2. Копия Договора страхования (Полиса).
3. Копия паспорта Получателя.
4. Для получателей-наследников – Свидетельство о праве на наследство и копии паспортов.

Получатель

Финансовый консультант
(при наличии)

Менеджер Агентства
(при наличии)

(подпись)

(подпись)

(подпись)

Дата _____

Дата _____

Дата _____

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВОЗВРАТ ВЗНОСА / ЧАСТИ ВЗНОСА

Продолжение

Номер Полиса

Выплату прошу произвести на банковский счет по следующим реквизитам:

Банк Получателя

ИНН банка

БИК банка

Корр/с банка

Р/с банка
(в случае наличия Л/с или номера карты Получателя)

Р/с Получателя

Ф. И. О. Получателя

Ф. И. О. Получателя полностью в именительном падеже

Л/с или номер карты Получателя
(обязателен для заполнения, если указан р/с Банка)

20 или 22 знака в зависимости от того, где открыт лицевой счет

Настоящим я предоставляю АО «МетЛайф» и лицам, действующим по его поручению, право на обработку (в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение любым, не противоречащим российскому законодательству способом (в том числе без использования средств автоматизации), на трансграничную передачу в страны, обеспечивающие адекватную защиту персональных данных и не обеспечивающие такую защиту, всех моих и Застрахованного лица персональных данных (в том числе персональных данных о состоянии здоровья) в целях заключения и исполнения Договора страхования, а также в целях предоставления с помощью средств связи информации об исполнении Договора страхования и информации о страховых услугах, оказываемых Страховщиком. При этом такое согласие дается мной Страховщику на весь срок действия Договора страхования и в течение 5 (пяти) лет после прекращения действия Договора страхования и может быть отозвано мной в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного мной письменного уведомления.

Настоящим я подтверждаю, что Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель(-ли) не являемся лицами, в отношении которых установлены и действуют программы санкций и иные ограничения, предусмотренные решениями компетентных органов Российской Федерации, иных стран и организаций, а также не являемся лицами, внесенными в списки лиц, подверженных санкциям в связи с легализацией (отмыванием) доходов, террористической и иной незаконной деятельностью, формируемые указанными странами и организациями, и соглашаюсь (-емся) с тем, что предоставление страхового покрытия, страховые выплаты или иные платежи в отношении лиц, на которых распространяются программы санкций или иные ограничения, или которые внесены в списки лиц, причастных к легализации (отмыванию) доходов, террористической и иной незаконной деятельности, будут сделаны при условии получения соответствующего разрешения органа, установившего санкцию/ограничение.

Во исполнение требований Федерального закона Российской Федерации от 07.08.2001 г. N 115-ФЗ настоящим я подтверждаю, что Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель(-ли) не являемся иностранными публичными должностными лицами*, должностными лицами публичной международной организации, лицами, замещающими (занимающими) 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, или 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, а также их супругами или близкими родственниками. В ином случае обязуюсь заполнить «Заявление о принятии на обслуживание должностного лица» или «Уведомление о родстве с должностным лицом».

Во исполнение требований Федерального закона Российской Федерации от 28.06.2014 г. N 173-ФЗ настоящим я подтверждаю, что представленная выше информация о наличии/отсутствии у Страхователя, Застрахованного лица и назначенных Выгодоприобретателей гражданства/вида на жительство и/или статуса налогоплательщика иностранного государства на момент подписания данного Заявления полна и достоверна. В случае изменения статуса гражданства (включая двойное гражданство) Страхователя, Застрахованного лица или Выгодоприобретателей, и/или получения вида на жительство в иностранном государстве указанными выше лицами, и/или приобретения статуса налогоплательщика иностранного государства указанными выше лицами, а также замены Страхователя и/или Выгодоприобретателя на лицо, имеющее гражданство/вид на жительство и/или статус налогоплательщика иностранного государства, обязуюсь уведомить об этом АО «МетЛайф» в течение 30 (тридцати) дней. Настоящим предоставляю АО «МетЛайф» право передавать информацию, указанную в Заявлении о страховании, приложениях к нему, и иную необходимую информацию в иностранный налоговый орган в целях исполнения требований законодательства о налогообложении иностранных счетов.

Настоящим я подтверждаю, что в период действия Договора страхования со мной и/или Застрахованным лицом не происходило никаких страховых событий. В случае если данное заявление будет удовлетворено и мне будет возвращена страховая премия в полном объеме, я подтверждаю свой отказ от обращения за страховой выплатой. Действительно только для возврата премии в случае отказа от Договора страхования в установленный договором срок. Настоящим я подтверждаю, что мне было разъяснено, что я имею право получить страховую премию как в наличном, так и безналичном порядке.

* Под иностранным публичным должностным лицом понимается любое назначаемое или избираемое лицо, занимающее какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства, и любое лицо, выполняющее какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в том числе для публичного ведомства или публичного предприятия (например, главы государств или правительств, руководители государственных корпораций, ведущие политики, высшие правительственные или военные чиновники).

Получатель

Финансовый консультант
(при наличии)

Менеджер Агентства
(при наличии)

(подпись)

(подпись)

(подпись)

Дата _____

Дата _____

Дата _____