



Страна (обязательно к заполнению при указании статуса налогоплательщика «Нерезидент»)		
ИНН / TIN		
СНИЛС (при наличии)		
Дата рождения день <input type="text"/> <input type="text"/> месяц <input type="text"/> <input type="text"/> год <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Место рождения	
Документ, удостоверяющий личность Вид документа:  Серия <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"/>	Кем выдан	
Дата выдачи: день <input type="text"/> <input type="text"/> месяц <input type="text"/> <input type="text"/> год <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Код подразделения <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Адрес регистрации Индекс <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Адрес	
Адрес местонахождения Индекс <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Адрес	

Я подтверждаю, что я не являюсь гражданином США, лицом, имеющим вид на жительство в США, налоговым резидентом либо налогоплательщиком США, а также, что в отношении меня отсутствуют любые иные основания для распространения на меня законодательства США о налогообложении иностранных счетов. Я не являюсь публичным должностным лицом/его близким родственником.

Согласен на обработку Страховщиком (ООО «РСХБ – Страхование жизни», г. Москва, Гагаринский переулок, д.3, эт.1, пом. II, комн.18) сведений, указанных в настоящем Заявлении (а также иных персональных сведений, получаемых Страховщиком при исполнении настоящего Заявления), способами, установленными законом, с целью исполнения Заявления, а также информирования Страхователя/Заявителя по каналам связи, указанным в настоящем Заявлении, о программах страхования, о сроке действия Договора (полиса), порядке исполнения Договора и осуществления страховых выплат, и иными целями. Даю свое согласие на трансграничную передачу персональных данных. Срок обработки персональных сведений - 6 лет с момента полного исполнения обязательств Страховщиком по Договору страхования. Согласие может быть отозвано субъектом персональных данных путем направления Страховщику письменного заявления.

**К заявлению прилагаю:**

1. Копия документа, удостоверяющего личность (например, паспорт заявителя (разворот с фотографией и разворот с местом жительства) (обязательно при направлении документов по почте, в случае личного обращения обязательно предъявление паспорта для идентификации заявителя)

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись) « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ (дата)

При возникновении вопросов по заполнению данного Заявления Вы можете обратиться в  
Офис сопровождения договоров страхования ООО «РСХБ–Страхование жизни»:

123112, г. Москва, 1-й Красногвардейский проезд, д. 19.

Режим работы: понедельник-четверг: с 9.00 до 18.00, пятница: с 9.00 до 16.45.,

тел.8(495)7459955.

Адрес нахождения юридического лица (юридический адрес):  
119034, г. Москва, Гагаринский переулок, д.3, эт.1, пом. II, комн.18.