Уважаемые клиенты,

в целях исполнения требований Федерального закона от 07.08.2001 года №115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» ООО СК «ВТБ Страхование» проводит ежегодное обновления сведений о страхователях, застрахованных лицах, выгодоприобретателях, представителях и бенефициарных владельцах (далее — участники договора).

В этой связи Вам необходимо с **01 декабря 2021 года по 31 декабря 2021** года представить в ООО СК «ВТБ Страхование» следующие сведения в случае их изменения со дня заключения договора страхования либо последнего обновления сведений:

* фамилию, имя, отчество (при наличии последнего);
* дата рождения;
* место рождения;
* гражданство;
* реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем выдан, когда выдан, код подразделения);
* данные миграционной карты;
* данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ;
* адрес места жительства (регистрации) или места пребывания;
* контактную информацию (номера телефонов, факсов, адреса электронной почты, почтовые адреса);
* информацию об изменении ранее заявленных Вами сведений о принадлежности к должностям, указанным в подпункте 1 пункта 1 статьи 7.3 Федерального закона от 07.08.2001 года №115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма»;
* ИНН (при наличии);
* СНИЛС (при наличии);
* сведения о ранее заявленном Вами бенефициарном владельце;
* сведения о выгодоприобретателях по договору страхования;
* сведения о Ваших представителях.

В случае наличия изменений в вышеуказанных сведениях, просим Вас заполнить, подписать и предоставить в ООО СК «ВТБ Страхование» оригинал [Заявления о внесении изменений реквизитов и (или) персональных данных в договор страхования](https://www.vtbinslife.ru/hotline/update/%D0%9F%D1%80%D0%B8%D0%BB%D0%BE%D0%B6%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5-%E2%84%963-%D0%97%D0%B0%D1%8F%D0%B2%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5.doc) и заверенная Вашей подписью или нотариально заверенная копия нового документа, удостоверяющего Вашу личность либо личность другого участника договора страхования.

В случае, если сведения о Вас, либо о других участниках договора страхования не изменились, заявление об изменениях не заполняется.

Представить указанные выше документы Вы можете любым доступным способом, подтверждающим факт получения и отправки по адресу ООО СК «ВТБ Страхование»:

101000, г. Москва, Чистопрудный бульвар, д. 8, стр. 1.

Непредставление Вами информации об имеющих место изменениях, равно как непредставление подтверждения об отсутствии указанных изменений, ООО СК «ВТБ Страхование» рассматривает как отсутствие изменений и подтверждение с Вашей стороны актуальности и достоверности ранее представленной информации, в связи с чем ООО СК «ВТБ Страхование» не несет гражданско-правовой ответственности при совершении операций, направлении информационной и юридическо-значимой информации с использованием ранее представленных Вами сведений.

**В ООО СК «ВТБ Страхование»**

 101000, г. Москва, Чистопрудный бульвар, д. 8, стр. 1.

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о внесении изменений реквизитов и (или) персональных данных в договор страхования**

№от..г.

|  |  |
| --- | --- |
| **Я,**(ФИО Страхователя): | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Почтовый адрес: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Контактный телефон: | () |
| Паспорт или иной документ, удостоверяющий личность: | Серия№дата выдачи.. Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование выдавшего органа)Код подразделения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Прошу изменить сведения о (проставить любой знак):** |
|  | Страхователе |
|  | Застрахованном |
|  | Выгодоприобретателе |
|  | Бенефициарном владельце |
|  | Представителе Страхователя |
| *ФИО* |  |
| *Дата рождения* |  |
| *Место рождения* |  |
| *Гражданство* |  |
| *Реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем выдан, когда выдан, код подразделения)* |  |
| *Данные миграционной карты* |  |
| *Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ* |  |
| *Адрес места жительства (регистрации) или места пребывания* |  |
| *Контактная информация (номера телефонов, факсов, адреса электронной почты, почтовые адреса)* |  |
| *Информация об изменении ранее заявленных Вами сведений о принадлежности к должностям, указанным в подпункте 1 пункта 1 статьи 7.3 Федерального закона от 07.08.2001 года №115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма»* |  |
| *ИНН (при наличии)* |  |
| *СНИЛС (при наличии)* |  |
| *Иная информация* |  |

Страхователь:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО Страхователя) (подпись)

 Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021г.