

КАРТОЧКА ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

ВСЕ ПОЛЯ КАРТОЧКИ ПОДЛЕЖАТ ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ ЗАПОЛНЕНИЮ КЛИЕНТОМ ФОНДА

ФАМИЛИЯ			МЕСТО РОЖДЕНИЯ			
ИМЯ						
ОТЧЕСТВО (ПРИ НАЛИЧИИ)						
ДАТА РОЖДЕНИЯ						
СНИЛС			ПОЛ	<input type="checkbox"/> ЖЕН	<input type="checkbox"/> МУЖ	
			<input type="checkbox"/> РЕЗИДЕНТ	<input type="checkbox"/> НЕРЕЗИДЕНТ		
ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ (НАИМЕНОВАНИЕ)	ВИД ДОКУМЕНТА	<input type="checkbox"/> ПАСПОРТ ГРАЖДАНИНА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ <input type="checkbox"/> ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ ИНОСТРАННОГО ГРАЖДАНИНА <input type="checkbox"/> ИНОЙ ДОКУМЕНТ (УКАЗАТЬ) _____				
		РЕКВИЗИТЫ ДОКУМЕНТА	СЕРИЯ		НОМЕР	
	ВЫДАН		КЕМ			
			КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ (ПРИ НАЛИЧИИ)			
ДАТА ВЫДАЧИ						
АДРЕС МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА (РЕГИСТРАЦИИ)	СТРАНА/РЕСПУБЛИКА		КРАЙ/ОБЛАСТЬ/РЕГИОН		РАЙОН	
	ГОРОД		НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ			
	УЛИЦА			ДОМ	КОРПУС/СТРОЕНИЕ	
	КВАРТИРА		ИНДЕКС	ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН (ПРИ НАЛИЧИИ)		
АДРЕС ФАКТИЧЕСКИЙ	СТРАНА/РЕСПУБЛИКА		КРАЙ/ОБЛАСТЬ/РЕГИОН		РАЙОН	
	ГОРОД		НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ			
	УЛИЦА			ДОМ	КОРПУС/СТРОЕНИЕ	
	КВАРТИРА		ИНДЕКС	ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН (ПРИ НАЛИЧИИ)		
СОТОВЫЙ (МОБИЛЬНЫЙ) ТЕЛЕФОН			E-MAIL (ПРИ НАЛИЧИИ)			
ЯВЛЯЕТЕСЬ ЛИ ВЫ НАЛОГОВЫМ РЕЗИДЕНТОМ США?	<input type="checkbox"/> ДА, Я ЯВЛЯЮСЬ НАЛОГОВЫМ РЕЗИДЕНТОМ США, при ответе «ДА» заполните информацию в правом столбце SSN/TIN, форму W-9 и согласие на передачу информации		1. SSN <input type="checkbox"/> TIN <input type="checkbox"/> № _____			
	<input type="checkbox"/> НЕТ, Я НЕ ЯВЛЯЮСЬ НАЛОГОВЫМ РЕЗИДЕНТОМ США		2. ФИО на английском языке в соответствии с документами, удостоверяющими личность, выданными официальными органами США _____ _____			

СВЕДЕНИЯ О ТЕКУЩЕМ СТРАХОВЩИКЕ (УКАЗАТЬ) _____	
СВЕДЕНИЯ О РАЗМЕРЕ СРЕДСТВ ПЕНСИОННЫХ НАКОПЛЕНИЙ, УЧТЕННЫХ НА ИНДИВИДУАЛЬНОМ ЛИЦЕВОМ СЧЕТЕ/СЧЕТЕ НАКОПИТЕЛЬНОЙ ПЕНСИИ, ОТКРЫТОМ ТЕКУЩИМ СТРАХОВЩИКОМ (ПРИ НАЛИЧИИ) _____	УКАЗАТЬ ЦИФРАМИ
<input type="checkbox"/> МНЕ ИЗВЕСТНО, ЧТО:	
1) ДОСРОЧНЫЙ ПЕРЕХОД В ИНОЙ НЕГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕНСИОННЫЙ ФОНД ИЛИ ПЕНСИОННЫЙ ФОНД РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ МОЖЕТ ПОВЛЕЧЬ УМЕНЬШЕНИЕ СРЕДСТВ ПЕНСИОННЫХ НАКОПЛЕНИЙ (ПОТЕРЮ ИНВЕСТИЦИОННОГО ДОХОДА, А ТАКЖЕ ВОЗМОЖНОЕ УМЕНЬШЕНИЕ СРЕДСТВ ПЕНСИОННЫХ НАКОПЛЕНИЙ НА СУММУ ОТРИЦАТЕЛЬНОГО РЕЗУЛЬТАТА)	
2) ВОЗМОЖНУЮ СУММУ УМЕНЬШЕНИЯ МОИХ СРЕДСТВ ПЕНСИОННЫХ НАКОПЛЕНИЙ Я МОГУ УТОЧНИТЬ У ТЕКУЩЕГО СТРАХОВЩИКА	
_____ / _____ ФАМИЛИЯ И.О. КЛИЕНТА	_____ ПОДПИСЬ КЛИЕНТА

ПОДПИСЬ КЛИЕНТА	ИНИЦИАЛЫ, ФАМИЛИЯ	ДАТА

КАРТОЧКУ ПРИНЯЛ		
ПОДПИСЬ	ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО	ДАТА
ДОВЕРЕННОСТЬ	№ _____ ОТ _____ Г	

