

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ*

*Внимание! Воспользуйтесь данной формой для случая, когда Вы хотите заявить о произошедшем с Застрахованным событии, чтобы получить страховую выплату по страховым рискам, которые предусмотрены договором страхования, заключенным с ООО СК «Росгосстрах Жизнь».

ВАЖНО! В целях настоящего заявления на страховую выплату **Выгодоприобретатель – физическое лицо, в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, которое назначено Страхователем с письменного согласия Застрахованного для получения страховых выплат по договору страхования.**

Если **Выгодоприобретатель не назначен, то по всем страховым случаям, за исключением смерти Застрахованного, Выгодоприобретателем является Застрахованный, а в случае смерти Застрахованного – его наследники по закону.**

Если **Выгодоприобретателей несколько, для осуществления страховой выплаты каждый из Выгодоприобретателей должен подать соответствующее заявление на страховую выплату.**

ПОЛЯ, ГДЕ ТРЕБУЕТСЯ ВЫБРАТЬ ОТВЕТ, ПРОСИМ ОТМЕТИТЬ ЗНАКОМ V

Я, _____,
(Ф. И. О. полностью)

Выгодоприобретателем Застрахованным (далее также – Выгодоприобретатель)

являясь представителем Выгодоприобретателя/Застрахованного наследником Застрахованного/Выгодоприобретателя

иное (указать): _____

по договору страхования № _____,

прошу рассмотреть настоящее заявление и прилагающиеся к нему документы, признать страховым случаем и произвести страховую выплату в связи со следующим произошедшим с Застрахованным событием:

- Дожитие
- Смерть в результате болезни
- Смерть в результате несчастного случая
- Инвалидность в результате болезни
- Инвалидность в результате несчастного случая
- Критическое заболевание
- Травма
- Иное: _____

Обязательно ниже укажите подробности заявляемого произошедшего события:

СВЕДЕНИЯ О ПРОИЗОШЕДШЕМ СТРАХОВОМ СОБЫТИИ

Дата наступления страхового события . . . г.

Описание и причины страхового события
(заполняется в произвольной форме; необходимо указать: последовательность событий, характер событий, характер несчастного случая, степень тяжести, диагноз; при заболеваниях указать диагноз заболевания; в случае смерти – указать посмертный диагноз):

Название и адрес медицинского учреждения, где оказывалась медицинская помощь при несчастном случае / проводилось лечение при наступлении заболевания (травматологический пункт, больница, поликлиника):

СВЕДЕНИЯ О ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕ

Выгодоприобретатель совпадает с Застрахованным

(для физического лица, в том числе зарегистрированного в качестве ИП)

Ф. И. О. _____

Ф. И. О. при рождении _____ Пол: мужской женский

ИНН (при наличии) _____ СНИЛС (при наличии) _____ Гражданство _____

Дата рождения . . . г. Место рождения _____

Документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____

(дата)

(подпись)

(расшифровка)

<p>Являетесь ли Вы / Ваш бенефициарный владелец (нужное подчеркнуть) российским публичным должностным лицом, а также лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Банка России, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Банке России, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации, а также супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей или нисходящей линии (родителем или ребенком, дедушкой, бабушкой или внуком), полнородными или неполнородными (имеющими общего отца или мать) братом или сестрой, усыновителем или усыновленным) вышеперечисленных лиц? В случае ответа «да», укажите степень родства / должность, наименование и адрес работодателя:</p>	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
<p>Являетесь ли Вы резидентом США, налогоплательщиком США? В случае ответа «да», необходимо предоставить основание для признания статуса налогового резидента США (паспорт гражданина США, Green Card – форма I-551, доказательство долгосрочного пребывания в США), а также предоставить форму W-9 и согласие на передачу информации в Налоговую службу США.</p>	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
<p>Являетесь ли Вы налоговым резидентом другой страны (отличной от Российской Федерации)? В случае ответа «да», перечислите все страны и укажите TIN (ИНН) для каждой страны или причину отсутствия TIN (ИНН):</p>	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
<p>Являетесь ли Вы санкционным лицом, а также лицом, находящимся под прямым или косвенным контролем лица (лиц) из списка физических лиц (с изменениями и дополнениями), публикуемого источником санкций и действующего на текущий момент, а также списка юридических лиц согласно следующим перечням:</p> <ul style="list-style-type: none"> Идентификационный список секторальных санкций, в отношении которых введены секторальные санкции Список граждан особых категорий и запрещенных лиц и список иностранных лиц, уклоняющихся от санкций, публикуемые OFAC Списки исключенных лиц и списки юридических лиц, публикуемые Министерством торговли США Список запрещенных лиц, Список иностранных террористических организаций и список террористов, публикуемые Государственным департаментом США Списки Европейского союза об ограничительных мерах против физических и юридических лиц Санкционный список в отношении Аль-Каиды, составленный и обновляемый Комитетом по санкциям против Аль-Каиды при Совете Безопасности ООН 	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Сведения о деятельности клиента – физического лица или индивидуального предпринимателя		
Сведения о финансовом положении <input type="checkbox"/> устойчивое/ <input type="checkbox"/> неустойчивое		
Сведения о деловой репутации <input type="checkbox"/> положительная <input type="checkbox"/> негативная (наличие действующей профессиональной дисквалификации, непогашенной судимости, административного взыскания в соответствии с законодательством Российской Федерации, наличие просроченной задолженности в кредитной организации)		
Сведения о принадлежности (регистрация, место нахождения, наличие счета в банке)		
Исламская республика Иран	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Корейская Народно-Демократическая Республика	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
<i>Для физического лица, зарегистрированного в качестве ИП необходимо заполнить следующее:</i>		
ОГРНИП	Дата государственной регистрации . . . г.	
Документ, подтверждающий факт внесения ЕГРИП записи об указанной государственной регистрации		
Наименование и адрес регистрирующего органа _____		
Сведения о лицензии вид <input type="checkbox"/> срочная/ <input type="checkbox"/> бессрочная номер:		
Дата выдачи лицензии . . . г. Срок действия лицензии:		
Кем выдана:		
Перечень видов лицензируемой деятельности (при наличии):		

1 Срок нахождения физического лица (индивидуального предпринимателя) на территории США не менее 31 дня в течение текущего календарного года и не менее 183 дней в течение 3 лет, включая текущий год и два непосредственно предшествующих года. При этом сумма дней, в течение которых физическое лицо присутствовало на территории иностранного государства в текущем году, а также в 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 и стажеры, временно присутствовавшие на территории США на основании виз типа «F», «J», «M» или «Q».

(дата)

(подпись)

(расшифровка)

СВЕДЕНИЯ О ПРЕДСТАВИТЕЛЕ ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ

Основания отнесения к представителям

- на основании доверенности
 в силу закона
 на основании решения органа государственной власти
 на основании договора

Ф. И. О.

Дата рождения . . . г.

Документ, удостоверяющий личность серия номер

кем и когда выдан _____

код подразделения

Сведения, подтверждающие наличие у лица полномочий представителя Выгодоприобретателя:

наименование номер

дата выдачи . . . г. срок действия

Место выдачи доверенности

СВЕДЕНИЯ О ЗАСТРАХОВАННОМ (указываются сведения о Застрахованном, в отношении которого произошло заявляемое событие)Застрахованный совпадает с Выгодоприобретателем да нет (в случае ответа «нет», заполните данные о Застрахованном ниже):

Ф. И. О.

Дата рождения . . . г. Пол: мужской женский

Документ, удостоверяющий личность серия номер

кем и когда выдан _____

код подразделения

ПРИЛОЖЕННЫЕ ДОКУМЕНТЫ:**Независимо от произошедшего события к настоящему заявлению прилагаются:**

- документ, удостоверяющий личность заявителя, если заявитель не является Выгодоприобретателем, дополнительно документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя;
- договор страхования (страховой полис) со всеми приложениями к нему, включая все имеющиеся заключенные дополнительные соглашения к данному договору страхования (страховому полису);
- оригинал либо надлежаще удостоверенная копия доверенности (если заявителем является лицо по доверенности);
- свидетельство о праве на наследство, выданное уполномоченным нотариусом (если заявителем является наследник Застрахованного/Выгодоприобретателя);
- документы, требование о предоставлении которых обусловлено выполнением Страховщиком при осуществлении страховой выплаты законодательства Российской Федерации (в т. ч. налогового законодательства, нормативными правовыми актами в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма, Федерального закона от 28.06.2014 № 173-ФЗ «Об особенностях финансовых операций с иностранными гражданами и юридическими лицами»), а также соблюдения норм и правил FATCA.

Иные документы в зависимости от произошедшего события (полный перечень документов определен условиями, содержащимися в договоре страхования и/или правилах страхования, на основании которых заключен договор страхования):

(дата)

(подпись)

(расшифровка)

Подписывая настоящее заявление Выгодоприобретатель / представитель Выгодоприобретателя настоящим подтверждает, что:

- сведения, сообщенные Страховщику в данном заявлении, являются полными, правдивыми и точными, не упущены и не скрыты факты, касающиеся наступления страхового события;
- уведомлен о том, что сообщение заведомо ложных, а также неполных сведений по вопросам, сформулированным в данном заявлении, либо вопросам, заданным в отдельном письменном запросе Страховщиком, может явиться основанием для отказа Страховщика в признании случая страховым и осуществлении страховой выплаты;
- обязуется предоставить Страховщику все запрошенные им документы, необходимые для признания произошедшего события страховым случаем;
- согласен с тем, что в случае отказа предоставить запрошенные документы, Страховщик вправе отказать в признании случая страховым и осуществлении страховой выплаты.
- разрешает Страховщику собирать любую информацию, касательно обстоятельств страхового события.

Выгодоприобретатель / представитель Выгодоприобретателя, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» свободно, своей волей и в своем интересе дает свое согласие Обществу с ограниченной ответственностью Страховая компания "Росгосстрах Жизнь" (109028, г. Москва, Серебряническая набережная, д. 29, этаж 4, к. №47-71) на обработку его персональных данных (включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), трансграничную передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств в целях заключения, сопровождения, исполнения, прекращения договора страхования и перестрахования, продвижения страховых услуг, проведения рекламных и маркетинговых акций, а также выполнения требований законодательства Российской Федерации в области персональных данных: фамилия, имя, отчество, в том числе фамилия, имя, отчество при рождении; пол; сведения об идентификационном номере налогоплательщика; сведения о номере и серии страхового свидетельства государственного пенсионного страхования; гражданство; дата рождения; место рождения; номер документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных, дата выдачи документа, орган, выдавший документ; серия и номер миграционной карты; дата начала и окончания срока пребывания в Российской Федерации; данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации; адрес регистрации; адрес фактического места жительства; контактные номера телефонов (мобильного и/или домашнего); адреса электронной почты; факс; сведения из страховых полисов обязательного (добровольного) медицинского страхования; в случае если Выгодоприобретателем является Застрахованный, информации о состоянии здоровья и диагнозах Застрахованного (в т. ч. составляющих врачебную тайну в соответствии со ст. 13, 19, 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). ООО СК «Росгосстрах Жизнь» вправе поручить обработку персональных данных другому лицу, на основании заключаемого с этим лицом договора.

Согласие на обработку персональных данных вступает в силу с момента подписания настоящего заявления и действует в течение неопределенного срока. Согласие может быть отозвано в любое время путем направления ООО СК «Росгосстрах Жизнь» письменного уведомления (путем направления заказного письма с уведомлением о вручении либо путем вручения лично под расписку уполномоченному представителю ООО СК «Росгосстрах Жизнь»).

В случае если Выгодоприобретателем является Застрахованный, в отношении которого произошло заявляемое событие

Выгодоприобретатель / представитель Выгодоприобретателя, подписывая настоящее заявление:

- выражает свое согласие на получение Обществом с ограниченной ответственностью Страховая компания "Росгосстрах Жизнь" (109028, г. Москва, Серебряническая набережная, д. 29, этаж 4, к. №47-71) в целях исполнения договора страхования и перестрахования: медицинской информации от любого врача (медицинского учреждения), у которого Застрахованный когда-либо консультировался и/или лечился, а также будет обращаться в последующем; на получение необходимой информации в правоохранительных, медицинских и других органах (учреждениях) для проверки предоставленной Страховщику информации, а также для выяснения всех обстоятельств наступления страхового случая; на получение любой информации от страховых компаний, к которым Застрахованный обращался с заявлениями на страхование жизни, данное согласие дано без ограничения срока действия.
- на основании положений Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» разрешает медицинским и иным учреждениям предоставлять информацию о состоянии здоровья Застрахованного, о фактах обращения за оказанием медицинской помощи, диагнозе, иных сведений, полученных при его медицинском обследовании и лечении составляющие врачебную тайну, в том числе предоставление соответствующих копий документов, по запросу Обществу с ограниченной ответственностью Страховая компания "Росгосстрах Жизнь" (109028, г. Москва, Серебряническая набережная, д. 29, этаж 4, к. №47-71).

РЕКВИЗИТЫ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

Получатель: Выгодоприобретатель представитель Выгодоприобретателя

Лицевой счет получателя:

Номер банковской карты:

Наименование банка (филиала, отделения):

Расчетный счет банка (филиала, отделения):

Корр. счет банка:

БИК банка

ИНН банка

ООО СК «Росгосстрах Жизнь» вправе увеличить срок осуществления страховой выплаты, указанный в правилах страхования, на основании которых заключен договор страхования, при непредоставлении / некорректном предоставлении заявителем банковских реквизитов, а также

_____ (дата)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка)

других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке.

СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ ПО КАНАЛАМ СВЯЗИ

Я хочу получать от ООО СК «Росгосстрах Жизнь» информацию о статусе рассмотрения страхового случая в виде смс-сообщений на указанный номер мобильного телефона и/или электронный адрес:

E-mail:

телефон

(дата)

(подпись)

(расшифровка)