

**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: \_\_\_\_\_

\* В случае если Выгодоприобретатель является Страхователем и плательщиком по договору страхования либо наследником Страхователя в случае смерти Страхователя после осуществления страховой выплаты по страховому событию «Дожитие» действие договора страхования прекращается, вместе со страховой выплатой по страховому событию «Дожитие» Выгодоприобретателю будут выплачены все причитающиеся денежные средства (при их наличии).

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 ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЕ**

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)

(подпись)

(расшифровка)

Дата рождения . . . г.	Место рождения	
Документ, удостоверяющий личность	серия	номер
кем и когда выдан _____		
код подразделения		
Данные миграционной карты:		
серия (при наличии)	номер	
Дата начала срока пребывания в Российской Федерации . . . г.	Дата окончания срока пребывания в Российской Федерации . . . г.	
Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации: наименование документа		
серия (при наличии) и номер		
Дата начала срока пребывания в Российской Федерации . . . г.	Дата окончания срока пребывания в Российской Федерации . . . г.	
Адрес регистрации: индекс		
страна		
регион (область, республика, край, район)		
город/населенный пункт		
улица		
дом (корп., стр.)		квартира
Адрес фактического места жительства <input type="checkbox"/> совпадает с адресом регистрации		
индекс		
страна		
регион (область, республика, край, район)		
город/населенный пункт		
улица		
дом (корп., стр.)		квартира
Наличие бенефициарного владельца (БВ)*		
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет – контролирующее лицо отсутствует		
Ф. И. О. (БВ)		
Дата рождения (БВ) . . . г.		
Место рождения (БВ)		
Гражданство (БВ) <input type="checkbox"/> Российская Федерация <input type="checkbox"/> иное (указать):		
ИНН (БВ) (при наличии)		
Налоговое резидентство (страна) (БВ):		
TIN (БВ) (при наличии)		
Является ли Выгодоприобретатель / бенефициарный владелец Выгодоприобретателя (нужное подчеркнуть) иностранным публичным должностным лицом, его супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей или нисходящей линии (родителем или ребенком, бабушкой, дедушкой или внуком), полнородными или неполнородными (имеющими общего отца или мать) братом или сестрой, усыновителем или усыновленным)? В случае ответа «да», укажите степень родства / должность, наименование и адрес работодателя:		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

\* Бенефициарный владелец – физическое лицо, которое в конечном счете прямо или косвенно (через третьих лиц) владеет (имеет преобладающее участие более 25 процентов в капитале) клиентом – юридическим лицом либо имеет возможность контролировать действия клиента.

(дата)

(подпись)

(расшифровка)

Является ли Выгодоприобретатель / бенефициарный владелец Выгодоприобретателя (нужное подчеркнуть) должностным лицом публичных международных организаций, его супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей или нисходящей линии (родителем или ребенком, бабушкой, бабушкой или внуком), полнородными или неполнородными (имеющими общего отца или мать) братом или сестрой, усыновителем или усыновленным)? В случае ответа «да», укажите степень родства / должность, наименование и адрес работодателя:	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Является ли Выгодоприобретатель / бенефициарный владелец Выгодоприобретателя (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, бабушкой, 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:	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Является ли Выгодоприобретатель 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 <sup>1</sup> ), а также предоставить форму W-9 и согласие на передачу информации в Налоговую службу США.	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Является ли Выгодоприобретатель 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):	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Является ли Выгодоприобретатель 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: • 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		

<sup>1</sup> 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».

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):			

**СВЕДЕНИЯ О ПРЕДСТАВИТЕЛЕ ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ**

Основания отнесения к представителям		
<input type="checkbox"/>	на основании доверенности	
<input type="checkbox"/>	в силу закона	
<input type="checkbox"/>	на основании решения органа государственной власти	
<input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет (в случае ответа «нет», заполните данные о Застрахованном ниже):		
Ф. И. О.		
Дата рождения	.	г. Пол: <input type="checkbox"/> мужской <input type="checkbox"/> 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, Главой 20.1. Налогового Кодекса Российской Федерации, 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)

## ДЕКЛАРАЦИЯ ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ / ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ

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.

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

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» (121059, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Дорогомилово, ул. Киевская, д. 7, к. 1) на обработку его персональных данных (включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), трансграничную передачу, в том числе в страны, обеспечивающие и не обеспечивающие адекватную защиту прав субъектов персональных данных, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение), совершаемую 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. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие (при условии их раскрытия в настоящем заявлении): фамилия, имя, отчество, в том числе фамилия при рождении; идентификационный номер налогоплательщика; номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования; гражданство; дата рождения; место рождения; пол; 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; реквизиты банковского счета; сведения о документе, подтверждающем полномочия представителя (наименование, номер, дата, срок действия); 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 начинается свое действие с момента подписания настоящего заявления и действует в течение всего срока действия договора страхования, а также в течение 5 (пяти) лет с даты его прекращения. Согласие может быть отозвано в любое время путем направления Страховщику письменного уведомления (путем направления заказного письма с уведомлением о вручении либо путем вручения лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика).

## СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ И ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ О ЗАСТРАХОВАННОМ

*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» (121059, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Дорогомилово, ул. Киевская, д. 7, к. 1) 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) (в том числе на получение информации из реестров государственных органов Российской Федерации) 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, о диагнозе, об иных сведениях, полученных при его медицинском обследовании и лечении, составляющую врачебную тайну, в том числе предоставлять соответствующие копии документов по запросу Обществу с ограниченной ответственностью Страховая компания "Росгосстрах Жизнь" (121059, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Дорогомилово, ул. Киевская, д. 7, к. 1).

## ПРИСОЕДИНЕНИЕ К ЭЛЕКТРОННОМУ ДОКУМЕНТООБОРОТУ

(дата)

(подпись)

(расшифровка)

Выгодоприобретатель / представитель Выгодоприобретателя, подписывая настоящее заявление, присоединяется к Соглашению об электронном документообороте (в редакции действующей на дату подписания настоящего заявления) (далее – Соглашение) в соответствии со статьей 428 Гражданского кодекса Российской Федерации и подтверждает, что ознакомился с условиями Соглашения, расположенного на официальном сайте Страховщика (www.rgsi.ru), понимает текст данного Соглашения, выражает свое согласие с ним и обязуется выполнять.

В соответствии с Соглашением при наступлении страхового случая документы, созданные с помощью средств электронного копирования / электронные копии документов (цветные), могут быть переданы Страховщику посредством электронной почты Выгодоприобретателя, указанной в настоящем заявлении. Документы должны быть переданы в формате pdf, jpeg или tiff, при этом общий размер одного электронного сообщения со всеми вложенными файлами, направляемыми Страховщику, не должен превышать 10 Мб.

В случае обнаружения ошибок, в том числе по мнению Страховщика не читаемости документа в полученном электронном сообщении, Страховщик информирует об этом Страхователя по адресу электронной почты, указанной в заявлении, при этом документ считается не принятым.

Информация и документы, отправленные Выгодоприобретателем / представителем Выгодоприобретателя Страховщику с адреса электронной почты, указанной в настоящем заявлении, считаются подписанными простой электронной подписью и признаются равнозначными документам на бумажных носителях, подписанных собственноручной подписью Выгодоприобретателя / представителя Выгодоприобретателя.

Только указанная в настоящем заявлении электронная почта Выгодоприобретателя может быть использована для направления Страховщику документов в электронном виде. Электронные документы, направленные с иной электронной почты Выгодоприобретателя, не будут считаться направленными Страховщику надлежащим образом в силу того, что не будет произведена аутентификации Выгодоприобретателя.

При этом Выгодоприобретатель / представитель Выгодоприобретателя согласен с тем, что предоставление документов в электронном виде не освобождает его от представления оригиналов документов Страховщику при получении запроса от Страховщика по электронной почте в течение 10 календарных дней с момента направления такого запроса Страховщиком.

Выгодоприобретатель / представитель Выгодоприобретателя подтверждает, что предоставленные им электронные копии документов являются полными тождественными копиями документов на бумажном носителе, не содержат исправлений любого характера - механическим и/или электронным способом.

#### КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ (обязательны для заполнения)

E-mail:

Телефон:

#### РЕКВИЗИТЫ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

Получатель:  Выгодоприобретатель  представитель Выгодоприобретателя

Расчетный (Лицевой) счет получателя:

Наименование банка (филиала, отделения):

Расчетный счет банка (филиала, отделения):

Корр. счет банка:

БИК банка

ИНН банка

Комментарий (при наличии):

Прошу денежные средства, которые причитаются мне в качестве страховой выплаты, в размере: \_\_\_\_\_

(цифрами и прописью с указанием валюты)

зачесть в счет оплаты договора страхования, заключенного с ООО СК «Росгосстрах Жизнь»: \_\_\_\_\_

(указывается № и дата договора страхования)

Оставшиеся денежные средства (при их наличии) прошу перечислить на расчетный счет банка по реквизитам, указанным выше в настоящем заявлении.

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 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 указанные в настоящем заявлении номер мобильного телефона и/или адрес электронный почты.

(дата)

(подпись)

(расшифровка)