

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, **Иванов Иван Иванович**

Text

(Ф. И. О. полностью)

Выгодоприобретателем Застрахованным (далее также – Выгодоприобретатель)

**Поставить галочку
в соответствующем квадрате**

являясь представителем Выгодоприобретателя/Застрахованного наследником Застрахованного/Выгодоприобретателя

иное (указать):

по договору страхования № **00000-00000000**

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:

**Поставить галочку
в соответствующем квадрате**

* 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 **XX.XX.XXXX** г. **Указать дату наступления события**

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):

Указать обстоятельства и причины наступления страхового события

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

Заполнить в случае оказания медицинской помощи в медицинском учреждении

СВЕДЕНИЯ О ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЕ

Выгодоприобретатель совпадает с Застрахованным

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

Ф. И. О. **Указать необходимые данные о выгодоприобретателе**

Ф. И. О. при рождении

Пол: мужской женский

ИНН (при наличии)

СНИЛС (при наличии)

Гражданство

Дата заполнения Заявления

(дата)

Подпись

(подпись)

Иванов И.И.

(расшифровка)

Дата рождения	XX.XX.XXXX г.	Место рождения	Указать данные в соответствии с паспортом			
Документ, удостоверяющий личность	паспорт	серия	00 00	номер	000000	
кем и когда выдан	Указать данные в соответствии с паспортом					
			XX.XX.XXXX	код подразделения	000-000	
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	0000000	страна	Указать данные в соответствии с паспортом			
регион (область, республика, край, район)	Указать данные в соответствии с паспортом					
город/населенный пункт	Указать данные в соответствии с паспортом					
улица	Указать данные в соответствии с паспортом					
дом (корп., стр.)	Указать данные в соответствии с паспортом		квартира	Указать данные в соответствии с паспортом		
Адрес фактического места жительства	<input checked="" type="checkbox"/> совпадает с адресом регистрации					
индекс	страна		Проставить галочку, либо заполнить информацию			
регион (область, республика, край, район)						
город/населенный пункт						
улица						
дом (корп., стр.)			квартира			
Контактный телефон	0(000) 000-00-00	E-mail	Указать актуальный e-mail		Факс	
Наличие бенефициарного владельца (БВ)*						
<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет – контролирующее лицо отсутствует			Проставить галочку в графе "Нет", либо заполнить данные о бенефициарном владельце			
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 БВ (страна):						
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, бабушкой или внуком), полнородными или неполнородными (имеющими общего отца или мать) братом или сестрой, усыновителем или усыновленным)?					<input type="checkbox"/> Да	<input checked="" type="checkbox"/> Нет
В случае ответа «да», укажите степень родства / должность, наименование и адрес работодателя:						
Проставить галочку в соответствующем квадрате						

* **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 заполнения Заявления

(дата)

Подпись

(подпись)

Иванов И.И.

(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 checked="" type="checkbox"/> Нет
Проставить галочку в соответствующем квадрате		
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 checked="" type="checkbox"/> Нет
Проставить галочку в соответствующем квадрате		
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 ¹), а также предоставить форму W-9 и согласие на передачу информации в Налоговую службу США.	<input type="checkbox"/> Да	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Нет
Проставить галочку в соответствующем квадрате		
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 checked="" type="checkbox"/> Нет
Сведения о деятельности клиента – физического лица или индивидуального предпринимателя		
Сведения о финансовом положении	<input checked="" type="checkbox"/> устойчивое/ <input type="checkbox"/> неустойчивое	Проставить галочку в соответствующем квадрате
Сведения о деловой репутации	<input checked="" 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)	Проставить галочку в соответствующем квадрате
Сведения о принадлежности (регистрация, место нахождения, наличие счета в банке)		
Исламская республика Иран	<input type="checkbox"/> Да	<input checked="" type="checkbox"/> Нет
Корейская Народно-Демократическая Республика	<input type="checkbox"/> Да	<input checked="" type="checkbox"/> Нет
Проставить галочку в соответствующем квадрате		
<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:		

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 заполнения Заявления

(дата)

Подпись

(подпись)

Иванов И.И.

(расшифровка)

Кем выдана:

Перечень видов лицензируемой деятельности (при наличии):

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.

Проставить галочку в соответствующем квадрате

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, 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):

Проставить необходимые галочки и перечислить все, имеющиеся в связи с произошедшим событием, документы

Дата заполнения Заявления

(дата)

Подпись

(подпись)

Иванов И.И.

(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 начинает 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

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.rgsf.ru), понимает текст данного Соглашения, выражает свое согласие с ним и обязуется выполнять.

Дата заполнения Заявления

(дата)

Подпись

(подпись)

Иванов И.И.

(расшифровка)

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, либо через Личный кабинет клиента, размещенный на сайте Страховщика. 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, либо через Личный кабинет клиента, 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 или Личный кабинет клиента могут быть использованы для направления Страховщику документов в электронном виде. Электронные документы, направленные с иной электронной почты Выгодоприобретателя или не через Личный кабинет клиента, 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 ВЫГОДОПРИБОРАТЕЛЯ (обязательны для заполнения)

Е-mail: **Указать актуальный e-mail**

Телефон: **0(000) 000-00-00**

БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

Получатель (ФИО полностью): **Иванов Иван Иванович**

Получатель является: Выгодоприобретателем представителем Выгодоприобретателя

Расчетный (Лицевой) счет получателя: **Указать необходимые данные (20 цифр)**

Наименование банка (филиала, отделения): **Указать необходимые данные**

Корр. счет банка: **Указать необходимые данные (20 цифр)**

БИК банка **Указать необходимые данные (9 цифр)**

ИНН банка

Комментарий (при наличии):

РЕКВИЗИТЫ ДЛЯ ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ В СЧЕТ ОПЛАТЫ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

(заполняется только в случае необходимости перечисления денежных средств в счет оплаты другого договора страхования, заключенного с ООО СК «Росгосстрах Жизнь», в ином случае заполнение данного раздела не требуется)

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

Заполняется в случае необходимости перечисления денежных средств в счет оплаты другого договора

(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 заполнения Заявления

(дата)

Подпись

(подпись)

Иванов И.И.

(расшифровка)