

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ № _____

(НА ПОЛУЧЕНИЕ НАЧИСЛЕННОГО ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИНВЕСТИЦИОННОГО ДОХОДА ПО ОКОНЧАНИИ КУПОННОГО ПЕРИОДА / СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ ПРИ ДОЖИТИИ ЗАСТРАХОВАННОГО ДО СРОКОВ, УСТАНОВЛЕННЫХ В ДОГОВОРЕ СТРАХОВАНИЯ ДЛЯ ВЫПЛАТЫ АННУИТЕТОВ)**Внимание! Воспользуйтесь данной формой, если хотите получать выплаты начисленного дополнительного инвестиционного дохода (если это предусмотрено Вашим договором страхования) по указанным в настоящем заявлении банковским реквизитам в течение срока действия договора страхования.**

ПОЛЯ, ГДЕ ТРЕБУЕТСЯ ВЫБРАТЬ ОТВЕТ, ПРОСИМ ОТМЕТИТЬ ЗНАКОМ V

Я, _____, _____
(Ф. И. О. полностью)

являясь Застрахованным по договору страхования № _____ прошу производить мне страховые выплаты

в течение срока действия договора страхования
в связи с дожитием Застрахованного до сроков, установленных в договоре страхования для выплаты аннуитетов /
в связи с начислением дополнительного дохода по окончании купонного периода;
в соответствии с Инвестиционной декларацией моего договора страхования.

РЕКВИЗИТЫ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ВЫПЛАТЫ

Получатель:

Расчетный (Лицевой) счет получателя:

Наименование банка (филиала, отделения):

Корр. счет банка:

БИК банка

ИНН банка

Комментарий (при наличии)

ООО СК «Росгосстрах Жизнь» вправе увеличить срок осуществления страховой выплаты, указанный в правилах страхования, на основании которых заключен договор страхования, при непредставлении / некорректном представлении заявителем банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке.

СВЕДЕНИЯ О ЗАСТРАХОВАННОМ

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

кем и когда выдан

код подразделения

Адрес регистрации: индекс

страна

регион (область, республика, край, район)

город/населенный пункт

улица

дом (корп., стр.)

квартира

Адрес фактического места жительства

 совпадает с адресом регистрации

индекс

страна

регион (область, республика, край, район)

город/населенный пункт

улица

дом (корп., стр.)

квартира

Контактный телефон

E-mail

Факс

ПРИЛОЖЕННЫЕ ДОКУМЕНТЫ

 Документ, удостоверяющий личность Застрахованного; Договор страхования со всеми приложениями к нему, включая все имеющиеся заключенные дополнительные соглашения к данному договору страхования; Документы, требование о представлении 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 (по согласованию со Страховщиком):

ДЕКЛАРАЦИЯ СООТВЕТСТВИЯ

Подписывая настоящее заявление Застрахованный подтверждает / не подтверждает, что он¹:

- является гражданином Российской Федерации;
 - не является налоговым резидентом США;
 - не является налоговым резидентом страны, отличной от Российской Федерации;
 - не является иностранным публичным должностным лицом («иностранное публичное должностное лицо» означает любое назначаемое или избираемое лицо, занимающее какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства, и любое лицо, выполняющее какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в том числе для публичного ведомства или публичного предприятия), должностным лицом публичных международных организаций («должностное лицо публичной международной организации» означает международного гражданского служащего или любое лицо, которое уполномочено такой организацией действовать от ее имени), российским публичным должностным лицом, лицом, замещающим (занимающим) государственные должности в 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, родственником кого-то из вышеперечисленных лиц (супругом, родителем, ребенком, дедушкой, внуком, полнородным и неполнородным (имеющим общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным) или представителем, действующим от его имени.
- В случае подпадания под вышеуказанные категории лиц, необходимо указать степень родства / должность, наименование и адрес работодателя:

- не принадлежит (не зарегистрирован, не проживает и не находится) к государству (территории): с высокой террористической или экстремистской активностью; в отношении которого (которой) применяются специальные экономические меры в соответствии с Федеральным законом «О специальных экономических мерах»; которое (которая) не выполняет рекомендации Группы разработки финансовых мер борьбы с отмыванием денег (ФАТФ), либо с использованием счета в банке, зарегистрированном в указанном государстве (на указанной территории) – ИР Иран, КНДР (включая международные неправительственные организации), к государствам (территориям) с повышенным уровнем коррупции и/или другой преступной деятельностью; предоставляющему (предоставляющей) льготный режим налогообложения и/или не предусматривающему (предусматривающей) раскрытия и предоставления информации при проведении финансовых операций (офшорной зоны); не имеет открытого банковского счета, зарегистрированного в указанном государстве или на указанной территории;
- не имеет бенефициарного владельца (иное физическое лицо не имеет возможности контролировать его действия).

Застрахованный подтверждает отсутствие у получателя денежных средств: действующей профессиональной дисквалификации, непогашенной судимости или административного взыскания в соответствии с законодательством Российской Федерации, просроченной задолженности в кредитных организациях.

Застрахованный обязуется заполнить и подписать материалы, предоставленные ООО СК «Росгосстрах Жизнь» для целей исполнения Федерального закона от 07.08.2001 № 115-ФЗ, Главы 20.1 Налогового Кодекса Российской Федерации, Федерального закона от 28.06.2014 № 173-ФЗ, FATCA (в случае наличия налогового резидентства страны, отличной от Российской Федерации).

Застрахованный дает 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 он 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 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.

Застрахованный 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) 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. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие (при условии их раскрытия в настоящем заявлении): 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; адрес регистрации; адрес фактического места жительства; контактные номера телефонов (мобильного и/или домашнего); адреса электронной почты; факс; банковские реквизиты. 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).

Я, _____, _____, _____ (Ф. И. О. полностью)

- обязуюсь незамедлительно сообщить Страховщику об изменении данных, предоставленных мной в настоящем заявлении, в том числе данных необходимых для перечисления выплат (банковских реквизитов);
- согласен, что в случае уведомления Страховщика об изменении данных, страховая выплата не будет произведена.

Ф.И.О.:	
ПОДПИСЬ	ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ

¹ В случае не подтверждения соответствия положениям декларации просьба заполнить и приложить к настоящему заявлению Анкету идентификации (сведения о физическом лице) (приложение к настоящему заявлению). В случае несоответствия положениям декларации и при отсутствии заполненной Анкеты идентификации, Страховщик имеет право отказать в принятии настоящего заявления.