

## ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

\*(НА ПОЛУЧЕНИЕ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ ПРИ ДОЖИТИИ ЗАСТРАХОВАННОГО ДО ОКОНЧАНИЯ СРОКА ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ ЛИБО ДО СРОКОВ, УСТАНОВЛЕННЫХ В ДОГОВОРЕ СТРАХОВАНИЯ ДЛЯ ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОЙ СУММЫ / АННУИТЕТОВ)

ПОЛЯ, ГДЕ ТРЕБУЕТСЯ ВЫБРАТЬ ОТВЕТ, ПРОСИМ ОТМЕТИТЬ ЗНАКОМ V

Я, Иванов Иван Иванович,

(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 от XX.XX.XXXX г.,

прошу произвести мне страховую выплату в связи с дожитием Застрахованного до: **Поставить галочку в соответствующем квадрате**

окончания срока действия договора страхования

даты выплаты страховой суммы / аннуитетов (указать дату, установленную в договоре страхования): \_\_\_\_\_ г.

## 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):

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.

## СВЕДЕНИЯ О ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЕ

Ф. И. О. Иванов Иван Иванович  
Ф. И. О. при рождении \_\_\_\_\_ Пол:  мужской  женский  
ИНН РФ (при наличии) \_\_\_\_\_ СНИЛС (при наличии) \_\_\_\_\_ Гражданство \_\_\_\_\_  
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

Адрес регистрации: индекс 000000 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 \_\_\_\_\_ корпус \_\_\_\_\_ строение \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_

Адрес фактического места жительства  совпадает с адресом регистрации **Проставить галочку, либо заполнить информацию**

регион (область, республика, край, район) \_\_\_\_\_

город/населенный пункт \_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_

дом	корпус	строение	квартира
Контактный телефон	E-mail	Факс	
<b>СВЕДЕНИЯ О ЗАСТРАХОВАННОМ</b> (указываются сведения о Застрахованном, в отношении которого произошло заявляемое событие)			
Застрахованный совпадает с Выгодоприобретателем		<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет (в случае ответа «нет», заполните данные о Застрахованном ниже):	
Ф. И. О.		<b>Проставить галочку, либо заполнить информацию</b>	
Дата рождения	г.	Пол:	<input type="checkbox"/> мужской <input type="checkbox"/> женский
Документ, удостоверяющий личность кем и когда выдан	серия	номер	
код подразделения			
<b>СВЕДЕНИЯ О ПРЕДСТАВИТЕЛЕ ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ</b> (заполняется, если заявление подписывается представителем Выгодоприобретателя)			
Ф. И. О.		Дата рождения	
Документ, удостоверяющий личность кем и когда выдан		серия	номер
код подразделения			
Сведения, подтверждающие наличие у лица полномочий представителя Выгодоприобретателя:			
на основании: <input type="checkbox"/> доверенности <input type="checkbox"/> решения органа государственной власти <input type="checkbox"/> договора <input type="checkbox"/> в силу закона			
иное (указать документ):		номер	
дата выдачи	г.	срок действия	
место выдачи доверенности			
Дополнительно просьба заполнить в отношении представителя Выгодоприобретателя Анкету идентификации (сведения о физическом лице) и приложить к заявлению.			
<b>ПРИЛОЖЕННЫЕ ДОКУМЕНТЫ</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Документ, удостоверяющий личность заявителя, если заявитель не является Выгодоприобретателем, дополнительно документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя;			
<input checked="" type="checkbox"/> Договор страхования (страховой полис) со всеми приложениями к нему, включая все имеющиеся заключенные дополнительные соглашения к данному договору страхования (страховому полису);			
<input type="checkbox"/> Оригинал либо надлежаще удостоверенная копия доверенности (если заявителем является лицо по доверенности);			
<input type="checkbox"/> 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.			
<input type="checkbox"/> Иные документы (по согласованию со Страховщиком):			
<b>Проставить необходимое галочки и перечислить все, имеющиеся в связи с произошедшим событием, документы</b>			
<input type="checkbox"/> Анкета идентификации (сведения о физическом лице) – обязательна к заполнению в следующих случаях: 1) в случае не подтверждения соответствия Выгодоприобретателя положениям, указанным ниже в разделе «ДЕКЛАРАЦИЯ СООТВЕТСТВИЯ» (Анкета идентификации заполняется в отношении данных Выгодоприобретателя); 2) в случае если настоящее заявление подписывает представитель Выгодоприобретателя (Анкета идентификации заполняется в отношении данных Выгодоприобретателя).			
<b>ДЕКЛАРАЦИЯ СООТВЕТСТВИЯ</b>			
Подписывая настоящее заявление Выгодоприобретатель / представитель Выгодоприобретателя		<input checked="" type="checkbox"/> подтверждает / <input type="checkbox"/> не подтверждает <sup>1</sup> , что Выгодоприобретатель: <b>Поставить галочку в соответствующем квадрате</b>	
– 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,			

<sup>1</sup> В случае не подтверждения соответствия Выгодоприобретателя положениям декларации просьба заполнить в отношении него 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.

ребенком, дедушкой, бабушкой, 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 деятельности; 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).

Выгодоприобретатель / представитель Выгодоприобретателя 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.

Выгодоприобретатель / представитель Выгодоприобретателя 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).

#### 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 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 электронной почты.

Я, **Иванов Иван Иванович** \_\_\_\_\_, (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 не уведомления Страховщика об изменении данных, страховая выплата не будет произведена;
- подтверждаю, что сведения, сообщенные Страховщику в данном заявлении, являются полными, правдивыми и точными;
- уведомлен о том, что сообщение заведомо ложных и неполных сведений, а также отказ предоставить запрошенные Страховщиком документы, может явиться основанием для отказа Страховщика в признании случая страховым и осуществлении страховой выплаты;
- обязуюсь предоставить Страховщику все запрошенные им документы, необходимые для признания произошедшего события страховым случаем;
- разрешаю Страховщику собирать любую информацию касательно обстоятельств страхового события;
- в случае подачи настоящего заявления в электронном виде, подтверждаю, что присоединяюсь к Соглашению об электронном документообороте (в редакции действующей на дату подачи заявления) (далее – Соглашение) в соответствии со статьей 428 Гражданского кодекса Российской Федерации, с условиями Соглашения, расположенного на официальном сайте Страховщика ([www.rgsl.ru](http://www.rgsl.ru)), ознакомился и понимаю текст данного Соглашения, а также выражаю свое согласие с ним и обязуюсь выполнять.

Ф.И.О.:	<b>Иванов Иван Иванович</b>		
ПОДПИСЬ	<b>Подпись Заявителя</b>	ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ	<b>Дата заполнения</b>