

От Заявителя (Ф. И. О.):				
/ /				
дата рождения	ИНН (при наличии)		СНИЛС (при наличии)	
Документ, удостоверяющий личность:				/ /
	наименование			серия
	номер			дата выдачи
	кем выдан			код подразделения
Гражданство:			– Резидент РФ	
	первое		второе	
	SSN		ID	
Адрес регистрации:				
Фактический адрес проживания, если отличается от адреса регистрации:				
Мобильный телефон:	8 –	E-mail:		
Доверенность, если есть представитель:				/ /
	номер доверенности			дата выдачи
Заявитель:	– Застрахованное лицо – Выгодоприобретатель			

Заявление

на страховую выплату по Договору страхования № от / /

Прошу рассмотреть настоящее заявление и прилагающиеся к нему документы в связи со следующим событием:

/ /	
дата события	название риска из договора страхования
описание события	

Произвести – **выплату** – **часть выплаты**

– при помощи СБП: Мобильный телефон: 8 – Наименование Банка получателя:

– по следующим реквизитам:

Ф.И.О. получателя:
Наименование Банка получателя:
Лицевой счет получателя (20 знаков): БИК Банка:

Сведения о застрахованном лице:

Ф.И.О.				Гражданство:	
				первое	
				второе	
дата рождения	ИНН (при наличии)	СНИЛС (при наличии)			
Документ, удостоверяющий личность:					
	наименование	серия	номер	дата выдачи	
	кем выдан			код подразделения	
Адрес регистрации:					
Фактический адрес проживания*:					
Моб. телефон:	8 –	E-mail:			
		Доверенность, если представитель			
			номер доверенности	дата выдачи	

* Если отличается от адреса регистрации.

Для иностранных граждан и лиц без гражданства:

миграционная карта / документ, подтверждающий право пребывания в РФ	серия	номер	дата начала пребывания	дата окончания пребывания
– США – другая страна	Указать страну, если не США:			
Наличие вида на жительство в иностранном государстве:	– да – нет	Указать страну, если ВНЖ есть:		
ИНН США (при наличии):		ИНН другой страны (при наличии):		
Я даю свое согласие на предоставление моих персональных данных и информации о моем доходе в иностранный налоговый орган и (или) иностранным налоговым агентам:				
– да – нет				

Внимание!

1. Если Застрахованным является ребенок или недееспособное/ ограниченно дееспособное лицо, то их интересы, связанные с получением страховой выплаты, осуществляются законными представителями. Документы, подтверждающие их полномочия, должны прилагаться к Заявлению.
2. Если Заявление подписано лицом на основании доверенности, к Заявлению должна прилагаться нотариально удостоверенная доверенность.

Подписывая настоящее Заявление, Заявитель подтверждает, что Застрахованный/Выгодоприобретатель:

1. Не является публичным должностным лицом (в том числе: иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность РФ, должность члена Совета Директоров ЦБ РФ, должность федеральной государственной службы, назначение и освобождение от которой осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должность в ЦБ РФ, государственной корпорации и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенную в перечни должностей, определяемые Президентом РФ), а также супругом(-ой) и/или родственником такого публичного должностного лица.
2. Не имеет регистрации, места жительства/нахождения, счета в банке, зарегистрированном в государстве (на территории), которое(-ая) не выполняет рекомендации ФАТФ (Группа разработки финансовых мер борьбы с отмыванием денег), не является субъектом санкций Управления по контролю за иностранными активами Министерства финансов США и Европейского Союза.
3. Не является лицом, в отношении которого возбуждено производство по делу о несостоятельности (банкротстве).
4. Не является лицом, в отношении которого предъявлен(ы) гражданский иск(и) со стороны судебных, налоговых и иных надзорных органов.
5. Бенефициарным владельцем (физическим лицом, которое имеет возможность контролировать действия клиента) является Страхователь.
6. Вся указанная в данном Заявлении информация (в т. ч. указанная в Декларации) является полной и достоверной.
7. Дает разрешение на предоставление Страховщику (ООО СК «Согласие-Вита») (129110, г. Москва, ул. Гиляровского, д. 42) по его запросу полной информации о состоянии моего или Застрахованного лица здоровья, составляющей врачебную тайну (ч. 3 ст. 13 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), включая копии записей в подлинных медицинских документах.

8. Дает свое согласие на предоставление Страховщику любой информации государственными органами и службами, медицинскими и иными учреждениями, располагающими сведениями об истории своего заболевания, о физическом и психическом состоянии здоровья, об обстоятельствах и причинах (в том числе о возможных причинах) наступления страхового случая (том числе любому врачу, оказавшему медицинскую помощь и исследовавшему состояние здоровья), и разрешает Страховщику использовать эту информацию для решения вопросов, связанных со страхованием, в том числе для решения вопроса о страховой выплате при наступлении страхового случая.

Согласие действует со дня его подписания и в течение 5 лет после окончания срока действия договора страхования или 5 лет после принятия Страховщиком решения по настоящему Заявлению (в зависимости от того, какая из дат наступит позднее).

Согласие может быть отозвано посредством направления Страховщику соответствующего письменного заявления. Если Заявителем ранее уже было предоставлено согласие по аналогичным вопросам, Заявитель просит считать настоящее согласие дополняющим/уточняющим/подтверждающим первоначальный документ, но не заменяющим его.

Дополнительная информация:

- при осуществлении выплаты Страховщиком может быть удержан НДФЛ в случаях и в порядке, предусмотренном пп. 2 п. 1 ст. 213 НК РФ и иными нормами действующего законодательства.
- подписывая настоящее заявление Заявитель выражает согласие на выплату любых сумм по Договору страхования на свои банковские реквизиты, указанные в настоящем заявлении, без дополнительного распоряжения со своей стороны (заранее данный акцепт).

Поставить отметку напротив названия приложенного документа.

Документы о произошедшем событии:

- | | |
|--|-----------------------------------|
| ☐ – Объяснительная записка | |
| ☐ – Выписка(-и) из медицинской карты амбулаторного больного | <input type="text" value="экз."/> |
| ☐ – Выписка(-и) из медицинской карты стационарного больного | <input type="text" value="экз."/> |
| ☐ – Медицинская справка | |
| ☐ – Рентгеновский(-ие) снимок(-ки) в количестве | <input type="text" value="шт."/> |
| ☐ – Листок нетрудоспособности | |
| ☐ – Акт о несчастном случае на производстве | |
| ☐ – Документ из правоохранительных органов | |
| ☐ – Оригинал медицинской карты | |
| ☐ – Заключение бюро медико-социальной экспертизы | |
| ☐ – Свидетельство о смерти, выданное ЗАГСом | |
| ☐ – Врачебное свидетельство о смерти | |
| ☐ – Протокол патологоанатомического вскрытия | |
| ☐ – Заявление родственников об отказе от вскрытия | |
| ☐ – Свидетельство о вступлении в права наследования | |

Документы, удостоверяющие личность:

- | |
|--|
| ☐ – Копия документа, удостоверяющего личность Застрахованного |
| ☐ – Копия документа, удостоверяющего личность Выгодоприобретателя |
| ☐ – Копия документа, удостоверяющего личность Страхователя |
| ☐ – Оригинал/копия Договора страхования |
| ☐ – Другие документы: |

		/ /
Ф.И.О. Заявителя/Представителя	подпись	дата

Заполняется сотрудником / Представителем ООО СК «Согласие-Вита»:

		/ /
Ф.И.О. Сотрудника/Представителя	подпись	дата

Согласие на обработку персональных данных

Настоящим, я _____,

Ф.И.О. (отчество при наличии)

дата рождения: _____, _____ : серия _____, № _____, выдан _____, _____, код подразделения: _____,

адрес регистрации: _____,

выражаю свое согласие ООО СК «Согласие-Вита» (ИНН 7706217093; 129110 г. Москва, ул. Гиляровского, д. 42; далее – Страховщик) и его представителю (на основании агентского договора или иного соглашения, предоставляющего такое право, далее – Агент) на обработку моих персональных данных, как с применением, так и без применения средств автоматизации (на бумажных носителях), а именно на совершение следующих действий, предусмотренных 3-й статьей Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»:

- сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных;
- передачу персональных данных третьим лицам в рамках заключения и исполнения Страховщиком договора страхования: перечень Партнеров ООО СК «Согласие-Вита» указан на сайте Страховщика по адресу <https://www.soglasie-vita.ru/company/partners>, перечень Агентов указан на сайте Страховщика по адресу <https://www.soglasie-vita.ru/company/reestr-strakhovyykh-agentov/>;
- в целях: а) заключения, исполнения, расторжения договора страхования Страховщиком, а также третьими лицами, оказывающими услуги Страховщику, в рамках заключения, исполнения, расторжения Страховщиком договора страхования; предоставления информации организациям, уполномоченным (в силу закона, договора или любым иным образом) на проведение проверок и/или анализа деятельности Страховщика, а также на осуществление иных форм контроля за деятельностью Страховщика, для целей осуществления ими указанных действий; б) включения персональных данных в информационную систему персональных данных (в базу данных Страховщика) для информирования о новинках страховых продуктов, продвижения страховых услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов, а также для осуществления информационного сопровождения исполнения договора страхования, в том числе посредством направления уведомлений с применением СМС-сообщений, посредством электронной почты и иными доступными способами;
- в составе перечня персональных данных: фамилии, имени, отчества (при наличии), адреса электронной почты, номера телефона, адреса места жительства, адреса регистрации, даты рождения, места рождения, пола, возраста, гражданства, паспортных данных/данных иного документа, удостоверяющего личность, сведений о состоянии здоровья, предоставленных Страховщику, а также сведений, полученных Страховщиком от третьих лиц в процессе заключения, исполнения, расторжения договора страхования, иных данных, передаваемых мною при заключении договора страхования в соответствии с устным или письменным заявлением на страхование;
- передачу персональных данных организациям, входящим в группу компаний с ООО «СК «Согласие» (ИНН 7706196090; 129110, город Москва, улица Гиляровского, дом 42), список размещен на сайте <https://www.soglasie.ru/company/groupinfo>, с целью продвижения товаров, работ, услуг на рынке, в том числе посредством получения звонков, получения информационных и рекламных рассылок (e-mail, СМС и т. д.) в следующем составе: фамилия, имя, отчество; адрес электронной почты; контактный телефон. Обработка вышеуказанных персональных данных будет осуществляться путем смешанной (с использованием средств автоматизации и без использования средств автоматизации) обработки персональных данных, в рамках совершения предусмотренных законодательством РФ действий (операций) или совокупности действий (операций), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» для исполнения договора, стороной которого либо Выгодоприобретателем является субъект персональных данных, а также для заключения договора по инициативе субъекта персональных данных, согласие субъекта персональных данных не требуется.

Согласие на обработку персональных данных действует со дня его подписания и в течение 5 лет после окончания срока действия договора страхования. Согласие может быть отозвано посредством направления Страховщику соответствующего письменного заявления в адрес ООО СК «Согласие-Вита».

Я подтверждаю наличие согласий третьих лиц (застрахованных лиц, выгодоприобретателей) на обработку их персональных данных в целях, определенных настоящим Согласием.

Дата _____, _____, _____ подпись _____