

от Заявителя (Ф.И.О.)					
	/ / г.				
	дата рождения		место рождения		
	ИНН (при наличии)		СНИЛС (при наличии)		
Гражданство (указать все, имеющиеся)					
Документ, удостоверяющий личность				/ / г.	
	наименование	серия	номер	дата выдачи	код подразделения
кем выдан					
Адрес регистрации					
Фактический адрес проживания					
	8 –				
	мобильный телефон			e-mail	
Доверенность, если представитель:				/ / г.	
	номер доверенности			дата выдачи	
– Заявитель является Застрахованным лицом			– Заявитель является Выгодоприобретателем		

Заявление

на страховую выплату по Договору страхования № от / / г.

Прошу рассмотреть настоящее заявление и прилагающиеся к нему документы в связи с событием (выбрать нужное):

– смерть Застрахованного	/ / г.	
	дата смерти	причина смерти
инвалидность Застрахованного	/ / г.	
– I гр. – II гр. – III гр.	дата установления	диагноз
– первичное диагностирование смертельно опасного заболевания	/ / г.	
	дата постановки диагноза	диагноз
– хирургическое вмешательство	/ / г.	
	дата события	– телесные повреждения в результате несчастного случая
		/ / г.
		дата события
– госпитализация	с / / г. по / / г.	
	период стационарного лечения (госпитализации)	диагноз
– временная нетрудоспособность	с / / г. по / / г.	
	период нетрудоспособности	диагноз

– дожитие Застрахованного лица до события потери работы	Дата, когда Застрахованный был уведомлен о его предстоящем увольнении	/ / г.
Место работы Застрахованного лица		
	название организации	
адрес организации		
ИНН организации		
Ф.И.О. руководителя		
контактные данные	8 –	
	телефон	e-mail

Сведения о застрахованном лице:

Ф.И.О.				
/ / г.				
дата рождения	место рождения			
ИНН (при наличии)		СНИЛС (при наличии)		
Гражданство (указать все)				
Документ, удостоверяющий личность			/ / г.	
	наименование	серия	номер	дата выдачи код подразделения
Кем выдан				
Адрес регистрации				
Фактический адрес проживания				
контактные данные	8 -			
	телефон	e-mail		
Доверенность, если представитель		/ / г.		
	номер доверенности	дата выдачи		

Для иностранных граждан и лиц без гражданства:

		/ / г.	/ / г.
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)	

Произвести выплату по следующим реквизитам:

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

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, представляющим полномочия предоставлять интересы в страховую компанию и действующего 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 согласие на обработку своих персональных данных (далее - «ПДн»), а также персональных данных субъекта, чьи интересы он представляет (если Заявитель является Представителем) как с применением, так и без применения средств автоматизации (смешанная обработка), а именно на совершение следующих действий, предусмотренных 3-й статьей Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»:

- сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение ПДн;
- поручение Страховщиком на передачу обработки ПДн третьим лицам (Обработчикам), в целях и/или в связи с оказанием Страховщиком страховой услуги: ФГУП «Почта России» (131000, Москва, Варшавское шоссе, д. 37); ООО «Диасофт» (127018, г. Москва, ул. Полковая, д. 3, стр. 14); ПАО РОСБАНК (107078, Москва, ул. Маши Порываевой, д. 34), ООО «СК «Согласие» (129110, г. Москва, ул. Гиляровского, д. 42), иные третьи лица, осуществляющие обработку ПДн по поручению Страховщика на основании заключенных с этими лицами договоров/соглашений (агентские, договоры возмездного оказания услуг, хранения, обеспечения конфиденциальности и безопасности, перестрахования и др.);
- Цели обработки ПДн: а) исполнение договора страхования Страховщиком, Обработчиками; б) 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;
- в) включения ПДн в информационную систему ПДн (в базу данных Страховщика) для информирования о новинках страховых продуктов, продвижения страховых услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов с помощью средств связи, а также для информационного сопровождения в связи с оказанием страховой услуги, в том числе смс-сообщений, электронной почты и иными доступными способами; г) контроль и оценка качества предоставляемой страховой услуги по всем вопросам ее предоставления;
- Перечень ПДн, на обработку которых дается согласие (с учетом того, что применимо), и источник их получения: ФИО, дата и место рождения, данные документа, удостоверяющего личность, ИНН, данные свидетельства о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя, данные о месте работы и занимаемых должностях, контактных данных (телефон, e-mail), семейное положение и состав семьи, реквизиты банковского счета; иные ПДн, предоставленные Заявителем или полученные Страховщиком от иного лица в ходе оказания страховой услуги;
 - Я даю 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 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), включая копии записей в подлинных медицинских документах. Дополнительно даю свое согласие на предоставление Страховщику любой информации государственными органами и службами, медицинскими и иными учреждениями, располагающими сведениями об истории моего 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 мне медицинскую помощь и исследовавшему состояние моего здоровья), и разрешаю 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 8 лет после окончания срока действия договора страхования или 8 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 выплате страховой суммы Страховщиком может быть удержан НДФЛ в случаях и в порядке, предусмотренном пп. 2 п. 1 ст. 213 НК РФ и иными нормами права действующего законодательства.
- Подписывая настоящее заявление Заявитель выражает согласие на выплату любых сумм страхового возмещения по Договору страхования на реквизиты моего банковского счета, указанные в настоящем заявлении, без дополнительного распоряжения с моей 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(-и) 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 |
| ☐ | – Иные документы: <input type="text"/> |

Ф.И.О. Заявителя/Представителя

подпись

дата

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

Ф.И.О. Сотрудника/Представителя

подпись

дата