

Генеральному директору ООО СК «Сбербанк страхование жизни»
Чернину М.Б.

ЗАЯВЛЕНИЕ О СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

Сведения о Заявителе - Выгодоприобретателе (наследнике):

| | | | |
|---|----------------------|--------------------|--|
| Фамилия, имя, отчество (полностью): | | | |
| Гражданство* (при наличии нескольких указать все): | | Дата рождения: | |
| Место рождения (Страна): | ИНН РФ (при наличии) | | |
| Реквизиты документа, удостоверяющего личность: | | | |
| Наименование, серия, номер: | Дата выдачи: | Код подразделения: | |
| Наименование органа, выдавшего документ: | | | |
| Адрес регистрации: | | | |
| Адрес места жительства (при отличии): | | | |
| Контактный телефон: | | | |

**Дополнительно для иностранных граждан и лиц без гражданства:*

| | |
|--|--|
| Номер миграционной карты: | |
| Дата начала и дата окончания срока пребывания: | |
| Наименование, серия, номер документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ: | |
| Дата начала и дата окончания срока действия права пребывания (проживания): | |

Сведения о Представителе Выгодоприобретателя (наследника) (заполняется, если Заявление подписывает представитель Выгодоприобретателя (наследника), например, один из родителей от имени несовершеннолетнего Выгодоприобретателя или представитель по доверенности)¹:

| | | | |
|---|----------------------|--------------------|--|
| Фамилия, имя, отчество (полностью): | | | |
| Гражданство* (при наличии нескольких указать все): | | Дата рождения: | |
| Место рождения (Страна): | ИНН РФ (при наличии) | | |
| Реквизиты документа, удостоверяющего личность: | | | |
| Наименование, серия, номер: | Дата выдачи: | Код подразделения: | |
| Наименование органа, выдавшего документ: | | | |
| Адрес регистрации: | | | |
| Адрес места жительства (при отличии): | | | |
| Контактный телефон: | | | |

**Дополнительно для иностранных граждан и лиц без гражданства:*

| | |
|--|--|
| Номер миграционной карты: | |
| Дата начала и дата окончания срока пребывания: | |
| Наименование, серия, номер документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ: | |
| Дата начала и дата окончания срока действия права пребывания (проживания): | |

Сведения о Получателе страховой выплаты (заполняется, если Получатель отличается от Выгодоприобретателя):

| | | | |
|---|----------------------|--------------------|--|
| Фамилия, имя, отчество (полностью): | | | |
| Гражданство* (при наличии нескольких указать все): | | Дата рождения: | |
| Место рождения (Страна): | ИНН РФ (при наличии) | | |
| Реквизиты документа, удостоверяющего личность: | | | |
| Наименование, серия, номер: | Дата выдачи: | Код подразделения: | |
| Наименование органа, выдавшего документ: | | | |
| Адрес регистрации: | | | |
| Адрес места жительства (при отличии): | | | |
| Контактный телефон: | | | |

**Дополнительно для иностранных граждан и лиц без гражданства:*

| | |
|--|--|
| Номер миграционной карты: | |
| Дата начала и дата окончания срока пребывания: | |
| Наименование, серия, номер документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ: | |
| Дата начала и дата окончания срока действия права пребывания (проживания): | |

¹ При обращении представителей (в том числе родителей от имени и в интересах несовершеннолетнего Выгодоприобретателя) к заявлению должны быть приложены оригиналы или надлежащим образом заверенные копии документов, подтверждающих полномочия (копии доверенности, свидетельства о рождении, документов об установлении опеки/попечительства и др.).

Заявитель: _____

фамилия, инициалы

(подпись Заявителя)

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ

1. Подписывая настоящее Заявление заявитель подтверждает следующее: 1.1) Выгодоприобретатель / Представитель Выгодоприобретателя / Получатель страховой выплаты не является иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций и/или родственником иностранного публичного должностного лица, 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. В ином случае заявитель обязуется предоставить подтверждающие вышеназванные данные документы. 1.2) Выгодоприобретатель / Представитель Выгодоприобретателя / Получатель страховой выплаты не имеет регистрации, места жительства / нахождения, счета в банке в государстве (на территории), которое (ая) не выполняет рекомендации ФАТФ. 1.3) Выгодоприобретатель / Представитель Выгодоприобретателя / Получатель страховой выплаты не является субъектом санкций Управления по контролю за иностранными активами Министерства финансов США и Европейского Союза.

2. Заявитель дает свое согласие на предоставление Страховщику федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, Фондами обязательного медицинского страхования (в т.ч. территориальными), любыми лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения и/или частными врачами, у которых Застрахованное лицо проходило лечение, находится или находилось под наблюдением, сведений о факте обращения Застрахованного лица за оказанием медицинской помощи, состояния здоровья и диагнозе, любых сведений, полученных при медицинском обследовании и лечении. Заявитель уполномочивает Страховщика на получение сведений, составляющих врачебную тайну, в любом виде и в любой форме (в т.ч. на получение справок, актов, заключений, результатов обследования).

3. Проставляя ниже свою подпись, заявитель дает согласие на обработку своих персональных данных, а также персональных данных субъекта, чьи интересы он представляет (если заявитель является Представителем), на следующих условиях (далее – «согласие»): Перечень ПДн, на обработку которых дается согласие (с учетом того, что применимо), и источник их получения: фамилия, имя, отчество; дата и место рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность (наименование, серия, номер, кем и когда выдан); адреса мест регистрации и проживания; номер телефона; данные миграционной карты (для иностранных граждан); данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ; ИНН (при его наличии); сведения о наличии или отсутствии статуса иностранного публичного должностного лица; банковские реквизиты; семейное положение; степень родства с Застрахованным лицом, и иные ПДн, предоставленные заявителем или полученные Страховщиком от иного лица в ходе и в связи с рассмотрением заявленного события.

Цели обработки персональных данных (далее также «ПДн»):

- заключение, исполнение, изменение, прекращение договора страхования (оказание страховой услуги), в т.ч. получение страховой выплаты, в связи с наступлением страхового случая по договору страхования;
- продвижение Страховщиком своих услуг на рынке путем осуществления прямых контактов с помощью средств связи, а также информационное сопровождение в связи с оказанием страховой услуги (в т.ч. для смс-рассылок);
- для предусмотренных законом целей, а также для осуществления и выполнения возложенных законодательством Российской Федерации на Страховщика функций, полномочий и обязанностей;
- для целей осуществления прав и законных интересов Страховщика.

Согласие предоставляется Страховщику на обработку им ПДн, а также на передачу ПДн и поручение обработки ПДн обработчикам. При этом к обработчикам относятся страховые агенты и иные третьи лица, осуществляющие обработку ПДн по поручению Страховщика на основании заключенных с этими лицами договоров/соглашений (агентские, договоры о сотрудничестве, возмездного оказания услуг, хранения, обеспечении конфиденциальности и безопасности и др.) в связи с оказанием страховой услуги. Перечень действий с ПДн и общее описание используемых способов обработки: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение ПДн; обработка ПДн осуществляется как с использованием средств автоматизации (в том числе, помимо прочего, электронно-вычислительных машин, сетевых и прочих аппаратных и программных средств), так и без какого-либо использования средств автоматизации; ПДн будут обрабатываться с использованием различных сочетаний средств автоматизации и неавтоматизированных средств обработки (смешанная обработка). Согласие действует на период действия договора страхования, а также в течение пяти лет после его прекращения или пяти лет после принятия Страховщиком решения по настоящему Заявлению (в зависимости от того, какая из дат наступит позднее).

Согласие может быть отозвано в любое время посредством направления письменного уведомления Страховщику.

Если Заявителем ранее уже было предоставлено согласие по аналогичным вопросам, Заявитель просит считать настоящее согласие дополняющим/уточняющим/подтверждающим первоначальный документ, но не заменяющим его.

Приложения:

1. Копия документа, удостоверяющего личность Выгодоприобретателя или его Представителя;
2. Иное⁴ (указать наименования и реквизиты (дату выдачи, номер) документов):

_____ (подпись Заявителя)

« ____ »

_____ 20 ____ г.

_____ Дата заполнения

⁴ При обращении наследника (или указании в качестве Получателя выплаты наследника), к Заявлению должна быть приложена надлежащим образом заверенная копия свидетельства о праве на наследство.

Если Выгодоприобретатель не является Получателем страховой выплаты, к Заявлению должны быть приложены оригиналы или надлежащим образом заверенные копии документов, удостоверяющих право Получателя на получение страховой выплаты (например, оригинал доверенности). Страховщик оставляет за собой право потребовать представления иных доказательств того, что страховая выплата принимается Выгодоприобретателем (наследником) как надлежащее исполнение Страховщиком своих обязательств (ст. 312 Гражданского кодекса Российской Федерации).