

ЗАЯВЛЕНИЕ О СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

Сведения о 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):			
Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства:		США: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Другая страна: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
ИНН (США/Другой страны):		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):			
Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства:		США: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Другая страна: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
ИНН (США/Другой страны):		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):			
Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства:		США: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Другая страна: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
ИНН (США/Другой страны):		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.).

Прошу рассмотреть вопрос о признании указанного в настоящем Заявлении события страховым случаем и производстве страховой выплаты по договору добровольного страхования от несчастных случаев (Страховому полису) № _____, заключенному «___» _____ 20__ г. (далее – договор страхования)

Застрахованное лицо

Фамилия, имя, отчество (полностью)

Страхователь (лицо, оплатившее страховую премию)

Фамилия, имя, отчество (полностью)

Событие

(смерть/травма/инвалидность)

Дата события

«___» _____ 20__ г.

Опросный лист (отметить варианты «✓», если применимо к произошедшему событию):

Событие произошло в результате несчастного случая:	
<input type="checkbox"/> Авиакатастрофа	
<input type="checkbox"/> Железнодорожная катастрофа	
<input type="checkbox"/> ДТП в качестве	<input type="checkbox"/> водителя <input type="checkbox"/> пассажира <input type="checkbox"/> пешехода
<input type="checkbox"/> несчастный случай на производстве	
<input type="checkbox"/> отравление	<input type="checkbox"/> алкоголем; <input type="checkbox"/> наркотическими или психотропными веществами; <input type="checkbox"/> в результате потребления лекарств без предписания врача или с превышением указанной врачом дозировки <input type="checkbox"/> иное (указать) _____
<input type="checkbox"/> при нахождении Застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения;	
<input type="checkbox"/> самоубийство;	
<input type="checkbox"/> нападение третьих лиц (убийство/телесные повреждения);	
<input type="checkbox"/> при занятии любым видом спорта на профессиональной основе либо занятии опасными видами спорта/увлечениями (например, автоспорт и мотоспорт (включая любые соревнования на скорость), воздушные виды спорта (включая прыжки с парашютом), управление Застрахованным лицом летательным аппаратом, альпинизм, спелеотуризм, контактные и боевые единоборства, стрельба, подводное плавание, конный спорт, рафтинг, катание на водных мотоциклах);	
<input type="checkbox"/> иное (указать) _____	
Дата несчастного случая, послужившего причиной события, «___» _____ 20__ г.	
Было ли возбуждено уголовное дело?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> нет информации
Выносилось ли постановление об отказе в возбуждении уголовного дела?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> нет информации
Проводился ли тест на наличие алкоголя в крови?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> нет информации

(подпись)

«___» _____ 20__ г.

Blank lines for providing a detailed description of the event.

Страховую выплату прошу осуществить по следующим реквизитам:

Form for providing payment details: Recipient, Bank Name, Address, BIC, Bank INN, Bank Account, Correspondent Account, Recipient's Current Account, or Card Number.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ

1. Подписывая настоящее Заявление заявитель подтверждает следующее: 1.1) Выгодоприобретатель / Представитель Выгодоприобретателя / Получатель страховой выплаты не является иностранным публичным должностным лицом...

2. Заявитель дает свое согласие на предоставление Страховщику любыми лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения и/или частными врачами, у которых Застрахованное лицо проходило лечение...

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)...

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 обработчиком. 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.

2 Расчетный счет банка обязательно заполняется, если указан только № пластиковой карты, а также, если Лицевой счет заявителя указывается в назначении платежа, например, для региональных отделений Сбербанка.

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.

4. Заявитель подтверждает, что Страховой полис и Правила страхования (включая Приложение №1 к Правилам) были вручены Страхователю при заключении договора страхования. С условиями, содержащимися в указанных документах, заявитель ознакомлен и согласен.

Приложения:

1. Копия документа, удостоверяющего личность Выгодоприобретателя или его Представителя;
2. Иное³ (указать наименования и реквизиты (дату выдачи, номер) документов):

(подпись Заявителя) « ____ » _____ 20 ____ г.

Внимание! Если в качестве Получателя страховой выплаты указывается один из родителей несовершеннолетнего Выгодоприобретателя, нижеследующие поля обязательны для заполнения **вторым родителем**

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (полностью), число, месяц год рождения)

зарегистрирован(а) по адресу: _____

являющийся(аяся) (нужное подчеркнуть) отцом / матерью _____
(фамилия, имя, отчество (полностью), год рождения несовершеннолетнего Выгодоприобретателя)

что подтверждается Свидетельством о рождении от «__» _____ г. серия _____ № _____, настоящим выражаю свое согласие на получение моим(ей) супругом(ой) страховой выплаты за моего(ю) сына (дочь) в размере 100% причитающейся суммы.

«__» _____ 20 ____ г.

(подпись второго родителя) (фамилия, инициалы второго родителя)

³ 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).