



ВАЖНО: Обязанность Страховой компании рассмотреть заявление и принять по нему решение о выплате или о мотивированном отказе в такой выплате возникает только после получения Страховой компанией **полного комплекта документов, предусмотренных договором страхования.**

Помимо подачи настоящей формы заявления на сайте, Вам необходимо направить в офис Страховой компании **оригиналы документов (включая заявление) или их заверенные копии** почтовым/курьерским отправлением по адресу: 115230, Москва, 1-й Нагатинский пр-д, 10, стр. 1, или передать их лично в офисе Страховой компании.

Заявление на страховую выплату

По Договору страхования №

от

 / / г. Корпоративное страхованиеФ. И. О. заявителя Застрахованное лицо Выгодоприобретатель Наследник Законный представитель Представитель по доверенности*ДАТА РОЖДЕНИЯ / / г.МЕСТО РОЖДЕНИЯ (с указанием страны)

ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ

тип
серия
номер / / г.
дата выдачи
кем выдан, код подразделения РЕЗИДЕНТ РФГРАЖДАНСТВО ВТОРОЕ ГРАЖДАНСТВО СТРАНА РЕЗИДЕНТСТВА НЕРЕЗИДЕНТ РФ ГРАЖДАНСТВО ОТСУТСТВУЕТ

ИНН (TIN)

Дополнительно для иностранных граждан и лиц без гражданства

МИГРАЦИОННАЯ КАРТА

номер / / г.
дата начала срока пребывания / / г.
дата окончания срока пребывания

ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ПРАВО НА ПРЕБЫВАНИЕ/ПРОЖИВАНИЕ В РФ

наименование
серия
номер / / г.
дата начала срока действия права пребывания (проживания) / / г.
*дата окончания срока действия права пребывания (проживания)*ГРАЖДАНСТВО США ДА НЕТ НАЛОГОВЫЙ СТАТУС НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИК США ДА НЕТ

ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЕ ДАННЫЕ ДЛЯ ГРАЖДАН И НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКОВ США

номер соц. страхования (SSN)
ID
ИНН (TIN)

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

АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ

государство
регион/населенный пункт
адрес, включая почтовый индекс

АДРЕС МЕСТА ПРЕБЫВАНИЯ (если отличается от адреса регистрации)

государство
регион/населенный пункт
адрес, включая почтовый индекс

КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ

 + / /
телефон мобильный
адрес электронной почты

ЗАЯВИТЕЛЬ

Ф. И. О.
подпись / / г.
дата

ПРОШУ РАССМОТРЕТЬ НАСТОЯЩЕЕ ЗАЯВЛЕНИЕ И ПРИЛАГАЮЩИЕСЯ К НЕМУ ДОКУМЕНТЫ, ПРИЗНАТЬ ПРОИЗОШЕДШЕЕ СОБЫТИЕ СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ И ПРОИЗВЕСТИ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ В СВЯЗИ С НИЖЕСЛЕДУЮЩИМ:

 Смерть Временная утрата трудоспособности Постоянная полная или постоянная частичная утрата трудоспособности Инвалидность Госпитализация Диагностирование смертельно опасного заболевания Телесные повреждения (травмы) Хирургическая операция

* Заполняется Представителем по доверенности

ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ПОЛНОМОЧИЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

наименование
номер / / г.
дата выдачи / / г.
срок действия документа



Сведения о получателе выплаты

Ф. И. О. заявителя Застрахованное лицо Выгодоприобретатель Наследник Законный представитель Представитель по доверенности*ДАТА РОЖДЕНИЯ / / г. МЕСТО РОЖДЕНИЯ (с указанием страны) ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ / / г.
наименование серия номер дата выдачи

кем выдан, код подразделения РЕЗИДЕНТ РФ ГРАЖДАНСТВО ВТОРОЕ ГРАЖДАНСТВО СТРАНА РЕЗИДЕНТСТВА
 НЕРЕЗИДЕНТ РФ ГРАЖДАНСТВО ОТСУТСТВУЕТ ИНН (TIN)

Дополнительно для иностранных граждан и лиц без гражданства

МИГРАЦИОННАЯ КАРТА / / г. / / г.
*номер дата начала срока пребывания дата окончания срока пребывания*ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ПРАВО НА ПРЕБЫВАНИЕ/ ПРОЖИВАНИЕ В РФ
наименование серия номер
 / / г. / / г.
*дата начала срока действия права пребывания (проживания) дата окончания срока действия права пребывания (проживания)*ГРАЖДАНСТВО США ДА НЕТ НАЛОГОВЫЙ СТАТУС НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИК США ДА НЕТ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЕ ДАННЫЕ
ДЛЯ ГРАЖДАН
И НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКОВ США
номер соц. страхования (SSN)
ID

ИНН (TIN)

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 АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ
государство регион/населенный пункт

*адрес, включая почтовый индекс*АДРЕС МЕСТА ПРЕБЫВАНИЯ (если отличается от адреса регистрации)
государство регион/населенный пункт

*адрес, включая почтовый индекс*КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ
*телефон мобильный адрес электронной почты*ЗАЯВИТЕЛЬ / / г.
Ф. И. О. подпись дата

* Заполняется Представителем по доверенности

ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ПОЛНОМОЧИЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ
наименование номер
 / / г. / / г.
дата выдачи срок действия документа

Подписывая настоящее заявление я:

Ф. И. О. лица, подающего Заявление

– предоставляю ООО «СК «Райффайзен Лайф», 115230, г. Москва, 1-й Нагатинский пр-д, дом 10, стр.1, (далее - Страховщик) персональные данные и иную информацию обо мне, включающие, в том числе: фамилию, имя, отчество; пол; год, месяц, дату и место рождения; адрес места жительства (регистрации) и места пребывания; номер телефона; сведения о документе, удостоверяющем личность; ИНН; место работы, должность, профессию, служебные обязанности; сведения о состоянии здоровья (включая сведения, составляющие врачебную тайну), увлечениях (хобби), семейном, социальном и имущественном положении, содержащиеся в настоящем Заявлении, финансовой и медицинской анкете, иных документах, заполняемых подписываемых мною в связи с подачей Заявления на страховую выплату (далее – Персональные данные);

– своей волей и в своем интересе даю согласие Страховщику на автоматизированную, неавтоматизированную и смешанную обработку Персональных данных и любой информации обо мне (в том числе сведений, составляющих врачебную тайну), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование и уничтожение Персональных данных и иной информации, сообщенной мной или моим представителем Страховщику в целях осуществления страховых выплат и урегулирования страховых случаев (далее – «Цели обработки»). Страховщик вправе в Целях обработки осуществлять трансграничную передачу Персональных данных и предоставлять Персональные данные (включая сведения, составляющие врачебную тайну) юридическим лицам, осуществляющим электронную обработку сведений о клиентах Страховщика, страховым агентам, страховым брокерам, перестраховочным организациям, моим представителям, аффилированным лицам Страховщика и лицам, входящим в группу лиц, в которую входит Страховщик, юридическим и финансовым консультантам, аудиторам Страховщика, а также иным лицам, если это необходимо для достижения Целей обработки и на основании соответствующих договоров, содержащих обязательство этих лиц по соблюдению конфиденциальности полученной информации;

– согласен (согласна) с тем, что вышеизложенное согласие на обработку Персональных данных (включая сведения, составляющие врачебную тайну) действительно на весь период действия Договора страхования и в течение пяти лет после прекращения всех обязательств сторон по вышеупомянутому Договору страхования;

– понимаю и согласен, что указанное согласие на обработку и передачу Персональных данных может быть мною отозвано посредством направления Страховщику письменного заявления об отзыве согласия на обработку Персональных данных. При этом такой отзыв может являться основанием для расторжения Договора страхования по инициативе Страхователя;

– подтверждаю, что я не являюсь должностным лицом публичных международных организаций, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность РФ, должность членов Совета директоров Центрального банка РФ, должность федеральной государственной службы, назначение на которую и освобождение от которой осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должность в Центральном банке РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенную в перечни должностей, определяемые Президентом РФ (публичные должностные лица)

ДА

НЕТ

ДОЛЖНОСТЬ

НАИМЕНОВАНИЕ РАБОТОДАТЕЛЯ

АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ

– подтверждаю, что я не являюсь иностранным публичным должностным лицом (далее – ПДЛ), супругом, близким родственником ПДЛ (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии, полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братьями и сестрами, усыновителями и усыновленными) и не действую от имени указанных лиц

ДА

НЕТ

ПОДРОБНЕЕ

– заявляю, что согласен с тем, что Страховщик вправе при подписании документов, подписываемых Страховщиком в связи с заключением и/или исполнением Договора страхования, использовать факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного должностного лица Страховщика с помощью средств механического или иного копирования;

– разрешаю любому врачу или лечебному учреждению, имеющим какую-либо информацию о состоянии моего здоровья (включая сведения, составляющие врачебную тайну), сообщать эту информацию Страховщику;

– подтверждаю, что все сведения, предоставленные мной или от моего имени в настоящем Заявлении, иных документах являются правдивыми, соответствующими действительности и содержащими полную информацию, включая ту, которая, по моему мнению, может являться несущественной.

Независимо от всех иных положений Договора страхования, Договор обеспечивает страховое покрытие в той мере, в какой оно не противоречит каким-либо экономическим, торговым или финансовым санкциям и/или эмбарго Совета Безопасности Организации Объединенных Наций, Европейского союза или любому национальному законодательству, применимому к сторонам Договора. Это также относится к экономическим, торговым или финансовым санкциям и / или эмбарго, введенным Соединенными Штатами Америки или другими странами, если они не противоречат законодательству Европейского союза или законодательству Российской Федерации.

ЗАЯВИТЕЛЬ*

Ф. И. О

подпись

дата

* Если заявитель является представителем получателя выплаты, также необходимо заполнить анкету Представителя.