



**ВАЖНО:** Обязанность Страховой компании рассмотреть заявление и принять по нему решение о выплате или о мотивированном отказе в такой выплате возникает только **после получения 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, через отделение Райффайзенбанка.

## Заявление на страховую выплату

Корпоративное страхование

Ф. И. О. заявителя

Застрахованное лицо  Выгодоприобретатель  Наследник  Законный представитель  Представитель по доверенности\*

ДАТА РОЖДЕНИЯ  МЕСТО РОЖДЕНИЯ (с указанием страны)

АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ   
*адрес, включая почтовый индекс, государство, регион/населенный пункт*

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

КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ    
*телефон мобильный* *адрес электронной почты*

\* Заполняется Представителем по доверенности

ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ПОЛНОМОЧИЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ    
*наименование* *номер*  
   
*дата выдачи* *срок действия документа*

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

ЗАЯВИТЕЛЬ      
*Ф. И. О.* *подпись* *код из SMS-подтверждения* *дата*





### Сведения о событии

ОПИСАНИЕ  
СОБЫТИЯ

ДАТА  
СОБЫТИЯ



### Сведения о застрахованном лице, с которым произошло заявленное событие

Заполняется, если получателем выплаты является иное лицо

Является получателем выплаты

Ф. И. О.

ДАТА  
РОЖДЕНИЯ

МЕСТО РОЖДЕНИЯ  
(с указанием страны)

ДОКУМЕНТ,  
УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ  
ЛИЧНОСТЬ

  
*наименование*  
*серия*  
*номер*  
*дата выдачи*  
*кем выдан, код подразделения*

### АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ

  
*адрес, включая почтовый индекс, государство, регион/населенный пункт*

### АДРЕС МЕСТА ПРЕБЫВАНИЯ (если отличается от адреса регистрации)

  
*адрес, включая почтовый индекс, государство, регион/населенный пункт*

### КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ

  
*телефон мобильный*  
*адрес электронной почты*

### Реквизиты для получения выплаты

Ф.И.О. ВЛАДЕЛЬЦА  
СЧЕТА

НАИМЕНОВАНИЕ  
БАНКА

РАСЧЕТНЫЙ  
СЧЕТ ПОЛУЧАТЕЛЯ

СЧЕТ ПОЛУЧАТЕЛЯ

  
*20 или 22 знака, обязателен для заполнения, если указан р/сч банка*

БИК/SWIFT БАНКА



### К настоящему заявлению прилагаются следующие документы

ЗАЯВИТЕЛЬ

  
*Ф. И. О.*  
*подпись*  
*код из SMS-подтверждения*  
*дата*

Подписывая настоящее заявление я:

Ф. И. О. лица, подающего Заявление

– предоставляю ООО «СК «Р.Лайф», 115230, г. Москва, 1-й Нагатинский пр-д, дом 10, стр.1, (далее - Страховщик) персональные дан-ные и иную информацию обо мне, включающие, в том числе: фамилию, имя, отчество; пол; год, месяц, дату и место рождения; адрес места жи-тельства (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 доку-ментах, заполняемых и 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 Персо-нальных данных и любой информации обо мне (в том числе сведений, составляющих врачебную тайну), включая сбор, систематизацию, нако-пление, 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) АО

«Райффайзенбанк», 129090, Москва, ул.Троицкая, д. 17,стр. 1, юридическим лицам, осуществляющим электронную обработку сведений о клиен-тах 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 Страхов-щика, 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 вы-шеупомянутому Договору страхования;

– понимаю и согласен, что указанное согласие на обработку и передачу Персональных данных может быть мною отозвано посредством на-правления 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 служ-бы, 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 долж-ностей, 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 (род-ственником 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, достоверными и содержащими полную информацию, включая ту, которая, по моему мнению, может являться незначительной. 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 законо-дательству Европейского союза или законодательству Российской Федерации.

ЗАЯВИТЕЛЬ\*

Ф. И. О.

подпись

код из SMS-подтверждения

дата

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