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: ☐ Да ☐ Нет	Другая страна: ☐ Да ☐ Нет	
ИНН (США/Другой страны):			Контактный телефон:		
Важно! В целях улучшения качества обслуживания просим Вас указать номера телефонов и адрес электронной почты, по которым можно связаться для информирования и оперативного решения вопросов.			Дополнительный контактный телефон:		
			Адрес электронной почты:		

**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: ☐ Да ☐ Нет	Другая страна: ☐ Да ☐ 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: ☐ Да ☐ Нет	Другая страна: ☐ Да ☐ 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 произведении страховой выплаты по договору страхования (Страховому полису/Памятке застрахованного) № _____, заключенному «____» _____ 20__ г. (далее – договор страхования)

Застрахованное лицо _____
Фамилия, имя, отчество (полностью)

Страхователь *(лицо, оплатившее страховую премию)* _____
Фамилия, имя, отчество (полностью)

Событие *(травма)* _____

Дата события «___» _____ 20 ___ г.

Подробное описание причин и обстоятельств события, имеющего признаки страхового случая:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Полное наименование, почтовый индекс и адрес учреждения, в которое Застрахованное лицо обращалось за медицинской помощью:

_____

_____

_____

Страховую выплату прошу осуществить по следующим реквизитам:

Получатель: ----------согласно первой странице настоящего Заявления----------

Наименование банка (и его отделения): _____

Адрес и телефон банка:

БИК: | | | | | | | | | | ИНН банка: | | | | | | | | | | |

Расчетный счет банка:

Корреспондентский счет банка:

Лицевой счет Получателя:

№ пластиковой карты Получателя (для перечислений на карту):

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 ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (далее – «Страховщик»), Адрес места нахождения (офис): 115162, г. Москва, ул. Шаболовка, д.31Г, 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, состоянии здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении. Заявитель уполномочивает Страховщика на получение сведений, составляющих врачебную тайну, в любом виде и в любом форме (в т. ч. на получение справок, актов, заключений, результатов обследования).

3. Проставляя ниже свою подпись, заявитель дает согласие на обработку своих персональных данных (далее – «ПДн»), а также персональных данных субъекта, чьи интересы он представляет (если заявитель является Представителем) и иные ПДн, предоставленные заявителем или полученные Страховщиком от иного лица в ходе и в связи с рассмотрением заявленного события.

Цели обработки персональных данных:

- 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).

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; 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 шести лет после его прекращения или шести 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.

4. Заявитель подтверждает, что Страховой полис/Памятка застрахованного и Правила страхования (включая Приложение №1 к Правилам) были им получены. С условиями, содержащимися в указанных документах, заявитель ознакомлен и согласен.

Приложения:

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

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ «____» _____ 20 ____ г.

(подпись Заявителя)

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

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)

---

[2] 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).