

ЗАЯВЛЕНИЕ О НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ К ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

к Договору страхования серия № от г.

ЗАЯВИТЕЛЬ

Фамилия
Имя
Отчество
 Дата рождения: . . г. СНИЛС (при наличии):
Реквизиты документа, удостоверяющего личность: наименование документа
 серия, номер: № дата выдачи: . . г. код подразделения: -
 кем выдан:
 Место рождения: Страна рождения
 Моб. Телефон:
 Доп. Телефон:
 e-mail:
 Адрес места жительства (регистрации) или места пребывания:
 Адрес для направления корреспонденции:
 Гражданство*(при наличии нескольких указать все): ИНН РФ (при наличии):

Наличие вида на жительство в иностранном государстве: Да Нет Если "да", то указать страну:
 Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства: США: Да Нет
 Другая страна: Да Нет ИНН США: -
 ИНН (Другая страна) Указать страну

***Дополнительно для иностранных граждан и лиц без гражданства необходимо предоставить данные миграционной карты:**
 серия, номер: Дата начала и дата окончания срока пребывания:
 Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ:
 наименование документа: серия, номер
 Дата начала и дата окончания срока действия права пребывания (проживания) в РФ:

Реквизиты документа, подтверждающего полномочия (для Представителей):

(наименование документа, серия, номер, дата выдачи, срок действия)

ЗАЯВИТЕЛЬ ОБРАЩАЕТСЯ:

лично и является Выгодоприобретателем^[1]
 вместо Выгодоприобретателя и является его Представителем при проставлении отметки здесь заполните Приложение «Выгодоприобретатель»
 иное (указать)

ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО

Фамилия (Полностью)
Имя (Полностью)
Отчество (Полностью)
 Дата рождения: . . г.
 Кредитный договор² № от . . г.

¹ Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо (наследники в случае смерти) или иное лицо, которое было назначено в письменной форме

² Применимо только к личному страхованию заемщиков кредита

СВЕДЕНИЯ О СОБЫТИИ:

Смерть
 Инвалидность 1 группа 2 группа 3 группа категория «ребенок-инвалид»
 травмы
 дожитие иное (указать): _____
 Дата события: ____ . ____ . ____ г.

Описание обстоятельств события (заполняется обязательно), следует перечислить последовательность событий, характер травмы или болезни.
 *Не заполняется, когда страховым событием является дожитие до определенной даты.

Сведения о медицинском учреждении, в котором Застрахованное лицо наблюдалось за последние 5 лет:

Полное наименование: _____

Почтовый адрес (включая индекс): _____

Прошу Страховщика направить запрос в адрес указанного медицинского учреждения для получения информации, необходимой для принятия решения по заявленному событию. Я уведомлен, что срок рассмотрения заявленного события может быть увеличен в связи с обработкой запроса на стороне медицинского учреждения. Корректность указанных сведений о медицинском учреждении подтверждаю.

Ставится подпись Заявителя в случае указания адреса медицинского учреждения и просьбы направить запрос по указанному адресу

(Подпись Заявителя)

Заявитель просит рассмотреть указанное в настоящем заявлении событие и, если полагается, произвести страховую выплату безналичным перечислением согласно следующим реквизитам:

Получатель:

Выгодоприобретатель
 Представитель вместо Выгодоприобретателя

при проставлении отметки здесь
 1) предоставьте подтверждение полномочий;
 2) для получения выплаты родителем вместо ребенка потребуется Приложение «Согласие второго родителя»

ВАЖНО! Для перечисления средств через ПАО Сбербанк заполнить только поля «Наименование», «БИК» и «лицевой счет». Для перечисления через другие банки - все поля обязательны для заполнения.

ФИО Получателя: _____
 Наименование банка (и его отделения): _____
 Адрес и телефон банка: _____
 БИК: _____ ИНН банка: _____
 Расчетный счет банка: _____
 Корреспондентский счет: _____
 Лицевой счет Получателя: _____

Указать личный счет физ. лица - получателя

ВАЖНО! Продолжение настоящего Заявления может содержаться на отдельных листах (приложениях к Заявлению), обязательных для предоставления.

Наименование Приложения к Заявлению	Случаи обязательного предоставления в составе Заявления
«Декларация Заявителя»	При первичном обращении, а также в случаях, когда ранее Декларация Заявителя не предоставлялась
«Выгодоприобретатель»	Заявление заполняет и подписывает Представитель вместо Выгодоприобретателя
«Согласие второго родителя»	Заявитель является законным Представителем несовершеннолетнего Выгодоприобретателя и желает получить выплату вместо несовершеннолетнего

Заявитель понимает и соглашается, что в случае отсутствия приложения к Заявлению, когда оно необходимо, настоящее Заявление не считается поданным Страховщику.

Заявитель подтверждает, что Застрахованное лицо на момент заключения в отношении него договора страхования не относилось к категории лиц, в отношении которых Правилами страхования / Условиям страхования предусмотрено сокращенное страховое покрытие.

Заявитель соглашается получать смс-уведомления, связанные с рассмотрением настоящего Заявления.

_____ _____ _____
 (Подпись Заявителя) (фамилия, инициалы Заявителя) (дата Заявления)

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ (продолжение Заявления)

Подписывая настоящую Декларацию, Заявитель дает согласие Обществу с ограниченной ответственностью страховой компании «Сбербанк страхование жизни» (далее – ООО СК «Сбербанк страхование жизни»), адрес 121170, Москва, ул. Поклонная, д. 3 корп.1, на обработку (сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение, совершаемые с использованием средств автоматизации и без использования средств автоматизации и т.п.), с целью Заключения договора страхования (включая оценку страхового риска), изменение, исполнение и его прекращение персональных данных: фамилия, имя, отчество; дата и место рождения; семейное положение; социальное положение; имущественное положение; доходы; адрес места жительства/места пребывания/фактического проживания/ почтовый адрес; данные документа, удостоверяющего личность; номер страхового пенсионного свидетельства (СНИЛС); идентификационный номер налогоплательщика (ИНН); гражданство; резидент, налоговый резидент Российской Федерации; наличие вида на жительство в иностранном государстве; статус налогового резидента иностранного государства; банковские реквизиты; данные миграционной карты; данные документа, подтверждающего право пребывания/проживания на территории РФ; контактная информация, состояние здоровья, сведения о наличии несчастных случаев, повлекших травмы; сведения о наличии инвалидности и оснований ее установления и т.п..

Заявитель дает согласие ООО СК «Сбербанк страхование жизни» на поручение обработки/передачу персональных данных:

- ПАО Сбербанк (ОГРН 1027700132195, адрес: 117997, г. Москва, ул. Вавилова, д. 19) с целью реализации процесса взаимодействия со мной, в том числе путем осуществления прямых контактов с помощью средств связи, по вопросам оказания страховых услуг ООО СК «Сбербанк страхование жизни»;

- АО Интеркомп (ОГРН 1067746798008, адрес:119435, г. Москва, муниципальный округ Хамовники вн.тер.г., Большой Саввинский пер., д. 12, стр. 6, этаж 2, помещ. 1а) с целью исполнения заключенного ООО СК «Сбербанк страхование жизни» договора страхования;

- Федеральной налоговой службе России (адрес: 127381, г. Москва, ул. Неглинная, д. 23) с целью получения Заявителем в упрощенном порядке социального налогового вычета (если такой вычет полагается по договору страхования);

- иным третьим лицам, в соответствии с перечнем третьих лиц, размещенным на веб-сайте <https://sberbank-insurance.ru/> (вкладка – Общие документы).

Заявитель дает согласие ООО СК «Сбербанк страхование жизни» на осуществление трансграничной передачи персональных данных на территорию иностранных государств с целью взаимодействия с ассистанскими компаниями/сервисными компаниями/ медицинскими организациям/ иными лицами с которыми у ООО СК «Сбербанк страхование жизни» заключен договор для целей организации оказания медицинских услуг застрахованному лицу в счет осуществления страховщиком страховой выплаты(страховой суммы) в целях исполнения договора страхования стороной которого или выгодоприобретателем (застрахованным) по которому является Заявитель, по заявленным событиям, имеющим признак страхового случая, принятия решения по страховому событию в рамках исполнения договора страхования, если такой был заключен.

Обработка персональных данных будет осуществляться ООО СК «Сбербанк страхование жизни» и третьими лицами исключительно в составе, необходимом для достижения вышеназванных целей при их возникновении.

Заявитель дает согласие на предоставление ООО СК «Сбербанк страхование жизни» федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, Фондами обязательного медицинского страхования (в т.ч. территориальными), работодателем, любыми медицинскими организациями (лечебно-профилактическими учреждениями, учреждениями здравоохранения особого типа и/или частными врачами), у которых он проходил лечение, находится или находился под наблюдением, сведений о факте его обращения за оказанием медицинской помощи, о состоянии его здоровья и диагнозе (прогнозе), любых сведений, полученных при медицинском обследовании и лечении, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, а также дает согласие на предоставление ООО СК «Сбербанк страхование жизни» сведений о временной нетрудоспособности Застрахованного лица или данных о его смерти из Социального фонда России, включая его отделения (адрес: 119991, г.Москва, ул.Шаболовка, д.4 стр.1), а также из Единого государственного реестра записей актов гражданского состояния (ЕГР ЗАГС) и иных органов/организаций/учреждений, располагающих такой информацией. Заявитель согласен, что получение ООО СК «Сбербанк страхование жизни» сведений о нем, в том числе составляющих врачебную тайну, может осуществляться в любом виде, в любой форме (в том числе в форме справок, актов, заключений, результатов обследований), в любое время, в том числе в случае его смерти.

Заявитель разрешает Страховщику использовать эту информацию при решении вопросов, связанных со страховой услугой (в том числе для получения страховой выплаты).

Заявитель уведомлен(а) о необходимости незамедлительно сообщать ООО СК «Сбербанк страхование жизни» об изменении персональных данных с предоставлением подтверждающих документов.

Настоящее согласие действует:

- в течение срока действия договора, заключенного с субъектом персональных данных (в отношении субъекта персональных данных и 5 лет после его окончания или

- если оно не было отозвано путем представления письменного обращения за подписью субъекта персональных данных в ООО СК «Сбербанк страхование жизни» по адресу: 121170, Москва, ул. Поклонная, д. 3 корп.1 с указанием фамилии, имени, отчества, адреса места жительства, наименования и номера основного документа, удостоверяющего личность, сведений о дате его выдачи и выдавшем его органе. Заявитель уведомлен(а) о том, что в случае отзыва настоящего согласия ООО СК «Сбербанк страхование жизни» вправе продолжить обработку его персональных данных без его согласия при наличии оснований, указанных в пп.2-11 ч.1 ст.6, ч.2 ст.10 и ч.2 ст.11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». С порядком и возможными последствиями отзыва настоящего согласия ознакомлен(а).

Заявитель ознакомлен(а) с Политикой обработки и защиты персональных данных ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (размещен на веб-сайте <https://sberbank-insurance.ru/> (вкладка – Общие документы)), с перечнем третьих лиц (размещен на веб-сайте <https://sberbank-insurance.ru/> (вкладка – Общие документы)), которым передаются/поручается обработка персональных данных.

Подписывая настоящее заявление, а равно совершая любое действие, свидетельствующее о волеизъявлении (об акцепте и (или) оферте настоящего документа), в частности, осуществляя оплату страховой премии (первого страхового взноса при рассрочке), Заявитель добровольно выражает свою волю на присоединение к «СОГЛАШЕНИЮ О ПОРЯДКЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С КЛИЕНТАМИ ООО СК «СБЕРБАНК СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ» ПО УДАЛЕННЫМ КАНАЛАМ ОБСЛУЖИВАНИЯ» (далее-Соглашение ЭДО), размещенному на официальном интернет-сайте ООО СК «Сбербанк страхование жизни» по адресу <https://www.sberbank-insurance.ru>, подтверждает, что ознакомлен с текстом указанного выше Соглашения ЭДО и принимает все его условия без каких-либо оговорок.

Заявитель также просит осуществить по указанному в настоящем заявлении договору страхования все страховые выплаты (в том числе выплаты Дополнительного инвестиционного дохода) по страховому (-ым) риску (-ам) «дожитие», которые согласно условиям договора страхования полагаются Заявителю, как по заявленным ранее событиям, так и по событиям, о которых Страховщик уведомлен не был, даты наступления которых произошли до даты расторжения/прекращения договора страхования (в случае наличия таких событий). При этом, Заявитель просит не рассматривать прекращение договора страхования в качестве обстоятельства, прекращающего обязательства по указанному в настоящем абзаце выплатам

Дополнительные заверения:

Подписывая настоящее Заявление Заявитель подтверждает следующее: · Заявитель не является публичным должностным лицом (в том числе: иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций, 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, определяемых Президентом РФ), а также супругом (-ой) и/или родственником такого публичного должностного лица. В ином случае Заявитель обязуется предоставить подтверждающие вышеназванные данные документы и / или сведения (в т.ч. об адресе работодателя, степени родства либо статусе по отношению к публичному должностному лицу (с учетом того, что применимо)). · Заявитель (Представитель) не имеет регистрации, места жительства / нахождения, счета в банке, зарегистрированном в государстве (на территории), которое (-ая) не выполняет рекомендации ФАТФ (Группа разработки финансовых мер борьбы с отмыванием денег (The Financial Action Task Force, FATF)), Заявитель (Представитель) не является субъектом санкций Управления по контролю за иностранными активами Министерства финансов США и Европейского Союза. · Заявитель (Выгодоприобретатель) подтверждает согласие на обработку информации, идентифицирующей Заявителя (Выгодоприобретателя) в качестве иностранного налогоплательщика. · Если далее в настоящем абзаце не проставлена соответствующая отметка, Заявитель (Выгодоприобретатель) подтверждает согласие на предоставление сведений о Заявителе (Представителе) в иностранный налоговый орган и (или) иностранным налоговым агентам в порядке и объеме, с учетом требований Федерального закона №173-ФЗ от 28.06.2014 «Об особенностях осуществления финансовых операций с иностранными гражданами и юридическими лицами, о внесении изменений в Кодекс РФ об административных правонарушениях и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов РФ"

Отметить при несогласии: не согласен

Согласие на передачу информации в иностранный налоговый орган является одновременно согласием на передачу такой информации в Банк России, ФНС РФ.

· Бенефициарным владельцем (физическим лицом, которое имеет возможность контролировать действия клиента) является Заявитель.

Целью установления им деловых отношений со Страховщиком является получение страховой услуги на длительной основе.

· Заявитель подтверждает, что вся указанная в Заявлении (в т.ч. приложениях к Заявлению) информация является полной и достоверной.



(Подпись Заявителя)

(фамилия, инициалы Заявителя)

(дата заполнения)

ВАЖНО! Заполняется в обязательном порядке, если Заявление заполняет и подписывает Представитель вместо Выгодоприобретателя.

ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ (продолжение Заявления)

Фамилия
Имя
Отчество
 Дата рождения: . . г.
 Родство со Страхователем:
Реквизиты документа, удостоверяющего личность: наименование документа
 Серия, номер: № дата выдачи: . . г. код подразделения: -
 Кем выдан:
 Место рождения: Страна рождения
 Моб. Телефон:
 E-mail:
 Адрес места жительства (регистрации) или места пребывания:
 Адрес для направления корреспонденции:
 ИНН РФ (при наличии):
 СНИЛС:
 Гражданство*(при наличии нескольких указать все):

Наличие вида на жительство в иностранном государстве: Да Нет Если "да", то указать страну:
 Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства: США: Да Нет
 Другая страна: Да Нет ИНН США: -
 ИНН (Другая страна) Указать страну

***Дополнительно для иностранных граждан и лиц без гражданства необходимо предоставить данные миграционной карты:**
 Серия, номер: Дата начала и дата окончания срока пребывания:
 Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ:
 наименование документа: серия, номер
 Дата начала и дата окончания срока действия права пребывания (проживания) в РФ:



(Подпись)

(фамилия, инициалы Заявителя)

(дата заполнения)

СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СТРАХОВЩИКОМ ИНФОРМАЦИИ ОБ ОТСУТСТВИИ ЗАНЯТОСТИ (БЕЗРАБОТИЦЕ) (продолжение Заявления)

Я,

(Ф.И.О. (полностью))

(далее – Заявитель), настоящим подтверждаю, что мной предоставлены достоверные сведения об отсутствии занятости (безработице), а именно нахождении в статусе безработного и(или) лица, ищущего работу.

Я понимаю и осознаю, что при непредоставлении мной документов из Государственной службы занятости населения, установленных правилами страхования, решение по событию, имеющему признаки страхового случая, могут быть приняты ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (далее – Страховщик) без получения данных документов. При этом даю свое согласие на получение Страховщиком информации об отсутствии занятости (безработице) в порядке, установленном действующим законодательством, из государственных сервисов либо иных государственных систем, к которым Страховщик имеет доступ на основании действующего законодательства.

Заявитель понимает и осознает, что в случае выявления Страховщиком факта предоставления Заявителем заведомо ложной и/или недостоверной информации об отсутствии занятости (безработице), Страховщик вправе обратиться к нему в порядке досудебного урегулирования с требованием о возврате полученных денежных средств.

В случае, если денежные средства не будут возвращены в досудебном порядке, Страховщик оставляет за собой право обратиться в суд с иском о взыскании денежных средств, полученных в результате неосновательного обогащения.

✓

(Подпись заявителя)

(фамилия, инициалы заявителя)

(дата заполнения)