

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 (например, один из родителей в интересах несовершеннолетнего Выгодоприобретателя) 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.

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

№ пластиковой карты Получателя (для перечислений на карту): _____

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)

1. Подписывая настоящую Декларацию Заявитель, выражает свое согласие на предоставление ООО СК «Сбербанк страхование жизни» адрес места нахождения: г. Москва (121170, г. Москва, ул. Поклонная, д. 3, корпус 1) (далее – «Страховщик») федеральными государственными учреждениями МСЭ, Фондами обязательного медицинского страхования (в т.ч. территориальными), работодателем, 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 его здоровья и диагнозе, любых сведений, полученных при медицинском обследовании и лечении. При этом, Заявитель уполномочивает Страховщика на получение сведений, составляющих врачебную тайну, в любом виде и в любой форме (в т.ч. на получение справок, актов, заключений, результатов обследования). Заявитель разрешает Страховщику использовать эту информацию при решении вопросов, связанных со страховой услугой.
2. Проставляя ниже свою подпись, Заявитель дает согласие Страховщику на обработку своих персональных данных, а также персональных данных субъекта, чьи интересы он представляет (если заявитель является Представителем) (далее каждый в равной степени именуется «субъект персональных данных» или «субъект ПДн»), на следующих условиях (далее – «согласие»):
- 2.1. Перечень ПДн, на обработку которых дается согласие (с учетом того, что применимо), и источник их получения: фамилия, имя, отчество; дата и место рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность (наименование, серия, номер, кем и когда выдан); контактная информация (например, адреса; номер телефонов, e-mail); данные миграционной карты (для иностранных граждан); ИНН (при его наличии); банковские реквизиты; семейное положение; иные ПДн, предоставленные заявителем или полученные Страховщиком от иного лица в ходе и в связи с рассмотрением заявленного события.
- 2.2. Цели обработки персональных данных (далее также «ПДн»): I) заключение, исполнение, изменение, прекращение договора страхования (оказание страховой услуги), в т.ч. получение страховой выплаты, в связи с наступлением страхового случая по договору страхования (если полагается); II) перестрахование Страховщиком рисков, принятых (планируемых к принятию) по договору личного страхования, а также осуществление переговоров с перестраховщиком(ами), заключение, исполнение, изменение, прекращение соответствующего(их) договора(ов) перестрахования; III) 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); IV) для предусмотренных законом целей, а также для осуществления и выполнения возложенных законодательством Российской Федерации на Страховщика функций, полномочий и обязанностей; V) для целей осуществления прав и законных интересов Страховщика; VI) заключение, исполнение, изменение, прекращение сделок между Страховщиком и Обработчиками (как они определены ниже); VII) контроль и оценка качества предоставляемой страховой услуги по всем вопросам ее предоставления; VIII) иные цели обработки ПДн, заявленные субъекту ПДн.
- 2.3. Согласие предоставляется Страховщику на обработку им ПДн, а также на передачу ПДн и поручение обработки ПДн обработчикам. При этом к обработчикам относятся ПАО "Сбербанк"(ОГРН:1027700132195), адрес места нахождения: г. Москва (117997, г.Москва, ул. Вавилова,19), АО "Интеркомп" (ОГРН:1067746798008), адрес места нахождения: г.Москва (121357, г. Москва, пер. Большой Саввинский, д. 12, стр. 6, помещ. 1А),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, перестрахования и др.) в целях и / или в связи с оказанием страховой услуги (далее и выше по тексту – «Обработчики»). Перечень обработчиков, не указанных в настоящем документе, указан на официальном сайте Страховщика по адресу: <https://sberbank-insurance.ru>. 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)
- 2.4. Согласие предоставляется на трансграничную передачу ПДн, в т.ч. на территории иностранных государств, не обеспечивающих адекватной защиты прав субъектов персональных данных.
- 2.5. 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).
- 2.6. 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.
3. 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.

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 Да Нет Если "да",
 в иностранном государстве: 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)

ВАЖНО! Заполняется в обязательном порядке, если в качестве Получателя страховой выплаты указывается один из родителей несовершеннолетнего Выгодоприобретателя.
Получение страховой выплаты законным Представителем вместо несовершеннолетнего Выгодоприобретателя возможно только в случаях, когда это предусмотрено договором страхования (дополнительным соглашением к договору страхования).

СОГЛАСИЕ ВТОРОГО РОДИТЕЛЯ (продолжение Заявления)

Я, (Ф.И.О. (полностью))

Дата рождения: . . г.

зарегистрирован (-а) по адресу:

Являющийся (аяся) отцом / матерью несовершеннолетнего

Фамилия (несовершеннолетнего)

Имя

Отчество

Год рождения

что подтверждается Свидетельством о рождении серия № от

настоящим выражаю свое согласие на получение моим(ей) супругом(ой) страховой выплаты за моего(ю) сына (дочь) в размере 100% причитающейся суммы.

✓
(Подпись второго родителя)

(фамилия, инициалы второго родителя)

(дата заполнения)