

ЗАЯВЛЕНИЕ О НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

 к Страховому полису серия № от г.¹

ВАЖНО! По данной форме Заявителем может быть только Выгодоприобретатель или наследник (в зависимости от того, что применимо). По иным обращениям, пожалуйста, свяжитесь предварительно со Страховщиком (телефон круглосуточного Контакт-Центра: 8 800 555 55 95 (бесплатный номер для звонков по России)).

Для несовершеннолетних: в разделе «Сведения о Заявителе – Выгодоприобретателе (наследнике)» следует указать данные несовершеннолетнего; раздел «Сведения о Представителе Выгодоприобретателя (наследника)» следует заполнить в отношении того из родителей (иного законного представителя несовершеннолетнего), кто подписывает заявление.

Сведения о Заявителе – Выгодоприобретателе (наследнике):

Фамилия, имя, отчество (полностью):	<input type="text"/>				
Дата рождения:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> г.	ИНН РФ:	<input type="text"/>		
Гражданство* (при наличии нескольких указать все):	<input type="text"/>				
Место рождения:	<input type="text"/>		Страна рождения:	<input type="text"/>	
Документ, удостоверяющий личность:	наименование документа:				
серия, номер:	<input type="text"/>	дата выдачи:	<input type="text"/>	код подразделения:	<input type="text"/>
наименование органа, выдавшего документ:	<input type="text"/>				
Адрес места жительства (регистрации) или места пребывания:	<input type="text"/>				
Адрес для направления корреспонденции:	<input type="text"/>				
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.					
Адрес электронной почты:	Мобильный телефон:	<input type="text"/>			
	Дополнительный телефон:	<input type="text"/>			
Наличие вида на жительство в иностранном государстве:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «да», то указать страну: <input type="text"/>			
Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства:	США: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Другая страна: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
ИНН США:	<input type="text"/>	ИНН (Другая страна):	<input type="text"/>	Указать страну: <input type="text"/>	
*Дополнительно для иностранных граждан и лиц без гражданства:					
Серия, номер миграционной карты: <input type="text"/>					
Дата начала и дата окончания срока пребывания: <input type="text"/>					
Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ:					
наименование документа: <input type="text"/>			серия, номер: <input type="text"/>		
Дата начала и дата окончания срока действия права пребывания (проживания) в РФ: <input type="text"/>					

Сведения о Представителе Выгодоприобретателя (наследника) (если применимо):

Фамилия, имя, отчество (полностью):	<input type="text"/>				
Дата рождения:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> г.	ИНН РФ:	<input type="text"/>		
Гражданство* (при наличии нескольких указать все):	<input type="text"/>				
Место рождения:	<input type="text"/>		Страна рождения:	<input type="text"/>	
Документ, удостоверяющий личность:	наименование документа:				
серия, номер:	<input type="text"/>	дата выдачи:	<input type="text"/>	код подразделения:	<input type="text"/>
наименование органа, выдавшего документ:	<input type="text"/>				
Адрес места жительства (регистрации) или места пребывания:	<input type="text"/>				
Адрес для направления корреспонденции:	<input type="text"/>				
Адрес электронной почты:	<input type="text"/>		Мобильный телефон:	<input type="text"/>	
Наличие вида на жительство в иностранном государстве:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «да», то указать страну: <input type="text"/>			
Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства:	США: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Другая страна: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
ИНН США:	<input type="text"/>	ИНН (Другая страна):	<input type="text"/>	Указать страну: <input type="text"/>	
*Дополнительно для иностранных граждан и лиц без гражданства:					
Серия, номер миграционной карты: <input type="text"/>					
Дата начала и дата окончания срока пребывания: <input type="text"/>					

¹ Далее по тексту Заявления именуется «договор страхования».

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:		

Сведения о Застрахованном лице (заполняется, если Заявитель не является Застрахованным лицом):

Фамилия, имя, отчество (полностью):	<input type="text"/>
Дата рождения:	<input type="text"/> г.

Прошу рассмотреть вопрос о признании указанного в настоящем Заявлении события страховым случаем:

Событие (смерть, инвалидность, дожитие и др.): _____

Дата и время события: г. в час. мин.

Описание события (не заполняется, когда страховым событием является дожитие до определенной даты):

ВАЖНО! Пожалуйста, подробно укажите обстоятельства произошедшего события, а также причины его наступления

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

ВАЖНО! Для рассмотрения заявленного события Страховщику понадобятся документы согласно указанному в Правилах (Условиях) страхования перечню. **Обратите особое внимание:** 1) представители прикладывают документы, подтверждающие их полномочия (например, доверенность или свидетельство о рождении (для родителей в отношении Выгодоприобретателей-несовершеннолетних детей)); 2) Наследники предоставляют свидетельство о праве на наследство. Документы должны предоставляться в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально или органом/учреждением/организацией, который выдал документ и/или располагает его подлинником.

Выплату денежных средств (если полагается) прошу осуществить по следующим реквизитам:

ВАЖНО! По данной форме получателем выплаты может являться только Заявитель; в ряде случаев для несовершеннолетних Выгодоприобретателей допускается выплата представителю.

По иным обращениям, пожалуйста, свяжитесь предварительно со Страховщиком (телефон круглосуточного Контакт-Центра: 8 800 555 55 95 (бесплатный номер для звонков по России)).

В случаях, когда это предусмотрено договором страхования (дополнительным соглашением к договору страхования), выплата может быть произведена представителю несовершеннолетнего. В противном случае в качестве получателя следует указывать Заявителя (несовершеннолетнего **Выгодоприобретателя** (наследника)) и заполнять банковские реквизиты самого несовершеннолетнего.

ВАЖНО! Все поля обязательны для заполнения.

Получатель: _____

Наименование банка (и его отделения): _____

Адрес и телефон банка: _____

БИК: ИИН банка:

Расчетный счет банка:

Корреспондентский счет банка:

Лицевой счет Получателя:

№ пластиковой карты Получателя (для перечислений на карту):

ВАЖНО! Продолжение настоящего Заявления – Декларация Заявителя – расположено на отдельном листе.

При первичном обращении, а также в случаях, когда ранее Декларация Заявителя не предоставлялась, она обязательна для заполнения и передачи Страховщику. При отсутствии данного документа, когда он необходим, настоящее Заявление не считается поданным Страховщику.

✓ г.
(подпись) (фамилия, инициалы Заявителя (Представителя)) (дата Заявления)

ВАЖНО! Если в качестве Получателя страховой выплаты указывается один из родителей несовершеннолетнего Выгодоприобретателя, ниже следующие поля обязательны для заполнения вторым родителем.

Получение страховой выплаты законным представителем вместо несовершеннолетнего Выгодоприобретателя возможно только в случаях, когда это предусмотрено договором страхования (дополнительным соглашением к договору страхования).

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.

✓ г.
(подпись второго родителя) (фамилия, инициалы второго родителя) (дата заполнения)

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ (продолжение Заявления)

1. Проставляя ниже свою подпись, Заявитель (Представитель) дает согласие на обработку своих персональных данных, а также персональных данных субъекта, чьи интересы он представляет (если заявитель является Представителем), на следующих условиях (далее – «согласие»):

1.1. 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); адреса мест регистрации и проживания; номер телефона; данные миграционной карты (для иностранных граждан); данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ; ИНН (при его наличии); сведения о наличии или отсутствии статуса иностранного публичного должностного лица; банковские реквизиты; семейное положение; степень родства с Застрахованным лицом; сведения, указанные в Форме W-9, иная информация, идентифицирующая иностранного налогоплательщика с целью трансграничной передачи иностранному налоговому органу и (или) иностранным налоговым агентам, уполномоченным иностранным налоговым органом на удержание иностранных налогов и сборов, в порядке и объеме, не противоречащем законодательству Российской Федерации; и иные ПДн, предоставленные заявителем или полученные Страховщиком от иного лица в ходе и в связи с рассмотрением заявленного события.

1.2. 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; ii) 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); iii) для предусмотренных законом целей, а также для осуществления и выполнения возложенных законодательством Российской Федерации на Страховщика функций, полномочий и обязанностей; iv) для целей осуществления прав и законных интересов Страховщика.

1.3. Согласие предоставляется Страховщику на обработку им ПДн, а также на передачу ПДн (в том числе трансграничную) 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; обработка ПДн осуществляется как с использованием средств автоматизации (в том числе, помимо прочего, электронно-вычислительных машин, сетевых и прочих аппаратных и программных средств), так и без какого-либо использования средств автоматизации; ПДн будут обрабатываться с использованием различных сочетаний средств автоматизации и неавтоматизированных средств обработки (смешанная обработка).

1.4. 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).

1.5. 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.

2. Подписывая настоящее Заявление подтверждает следующее:

2.1. Заявитель (Представитель) 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, определяемые Президентом РФ), а также супругом (-ой) и/или родственником такого публичного должностного лица. В ином случае Заявитель (Представитель) обязуется предоставить подтверждающие вышеназванные данные документы и заявление о принятии его на обслуживание.

2.2. 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.

2.3. Заявитель (Представитель) подтверждает согласие на обработку информации, идентифицирующей Заявителя (Представителя) в качестве иностранного налогоплательщика.

Если далее в настоящем абзаце не проставлена соответствующая отметка, Заявитель (Представитель) 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».

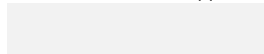
Отметить при несогласии: не согласен.

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

2.4. Целью установления им деловых отношений со Страховщиком является получение страховой услуги.

2.5. Заявитель (Представитель) заявляет, что вся указанная в данном Заявлении информация (в т.ч. указанная в Декларации) является полной и достоверной.

✓



(подпись)



(фамилия, инициалы Заявителя (Представителя))



(дата Заявления)