

Заявление на выплату страхового обеспечения при дожитии до установленного срока или до окончания действия Договора страхования (Полиса)

Заявление на четырех листах. Все поля обязательны для заполнения (при отсутствии данных заполняется «нет» или «не имею»)

Сведения о Полисе

№ Полиса

Застрахованное лицо

Страхователь

Данные Получателя выплаты

Получателем выплаты может быть Застрахованное лицо либо Выгодоприобретатель по дожитию, назначенный в установленном порядке

Получатель выплаты Муж. Жен.

Дата рождения Место рождения

Данные документа, удостоверяющего личность

Данные гражданина Российской Федерации (паспорт)

Гражданство РФ Необходимо предоставить копию паспорта (основной разворот и страница с регистрацией)

Серия Номер Дата выдачи

Кем выдан

Код подразделения

ИНН РФ СНИЛС

Виды на жительство

Имеется ли у Вас номер налогоплательщика иного государства? Да Нет

Если Да, укажите страну и номер налогоплательщика

Являетесь ли Вы гражданином иного государства? Да Нет Если Да, то заполните блок ниже

Данные гражданина иного государства

Гражданства стран Виды на жительство

Тип документа (паспорт иностранного гражданина или иной)

Серия и номер

Дата начала действия Дата окончания действия

TIN (ITIN, SSN или иное)

Необходимо предоставить копии имеющихся документов, подтверждающих личность (паспорт, разрешение на временное проживание, вид на жительство, удостоверение беженца или иные документы) и подтверждающих право пребывания лица на территории РФ (виза, миграционная карта, регистрация).

Адреса и контактная информация

Адрес регистрации

Индекс Страна Город

Область/край

Улица Дом Корпус Квартира

Адрес проживания (адрес для корреспонденции), если отличается от адреса регистрации

Индекс Страна Город

Область/край

Улица Дом Корпус Квартира

Контактная информация

Телефон мобильный код страны код №

Телефон контактный код страны код №

E-mail

Место работы/название компании Должность/описание служебных обязанностей

Во исполнение требований Федерального закона Российской Федерации от 28.06.2014 г. № 173-ФЗ настоящим я подтверждаю, что представленная выше информация о наличии/отсутствии у меня гражданства/вида на жительство и/или статуса налогоплательщика иностранного государства на момент подписания данного Заявления полна и достоверна. В случае изменения статуса гражданства (включая двойное гражданство) и/или получения вида на жительство в иностранном государстве и/или приобретения статуса налогоплательщика иностранного государства обязуюсь уведомить АО СК «Совкомбанк Жизнь» в течение 30 (тридцати) дней. Настоящим предоставляю АО СК «Совкомбанк Жизнь» право передавать информацию, указанную в Заявлении, приложениях к нему, и иную необходимую информацию в иностранный налоговый орган в целях исполнения требований законодательства о налогообложении иностранных счетов.

Получатель выплаты Застрахованное лицо Финансовый консультант Менеджер Агентства*

(подпись) (подпись) (подпись) (подпись)

Дата Дата Дата Дата

* Обязательно для заполнения только Менеджером Агентства Агентской сети АО СК «Совкомбанк Жизнь».

Заявление на выплату страхового обеспечения при дожитии до установленного срока или до окончания действия Договора страхования (Полиса)

Продолжение

№ Полиса

Дополнительные сведения (необходимо предоставить ответ в каждом из трех разделов ниже)

В соответствии с пунктом 14 статьи 7 Федерального закона от 07.08.2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма», клиенты обязаны предоставить информацию, необходимую для исполнения организацией требований указанного Федерального закона, включая информацию о лицах (Выгодоприобретателях), к выгоде которых Вы действуете, и Бенефициарных владельцев.

1. Сведения о лицах, к выгоде которых производятся действия по заявлению (Выгодоприобретатели)

Имеются ли у Вас лица (Выгодоприобретатели), к выгоде которых Вы действуете (в том числе на основании доверенности, агентского договора, договоров поручения, комиссии и доверительного управления) при проведении операций с денежными средствами по данному заявлению?

- нет, действую к собственной выгоде
- да, действую к выгоде другого лица. Необходимо заполнить Анкету физического / юридического лица / индивидуального предпринимателя отдельно на каждое лицо (Выгодоприобретателя).

2. Сведения о Бенефициарных владельцах

Имеются ли у Вас Бенефициарные владельцы, то есть физические лица, которые, в конечном счете, прямо или косвенно (через третьих лиц) имеют возможность контролировать Ваши действия?

- нет, я сам(а) являюсь своим Бенефициарным владельцем
- да, имеются. Необходимо заполнить Анкету физического лица отдельно на каждого Бенефициара.

3. Сведения о статусе публичного должностного лица (ПДЛ)

- не являюсь ПДЛ и/или родственником ПДЛ
- являюсь ПДЛ и/или родственником ПДЛ. Заполните поля ниже, указав необходимые категории.

Я являюсь:

- российским публичным должностным лицом, то есть лицом, занимающим государственные должности РФ, должности членов совета директоров ЦБ РФ, должности на федеральной государственной службе, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных на основании федеральных законов
- международным публичным должностным лицом, то есть должностным лицом публичной международной организации, которому доверены или были доверены ею важные функции
- иностранным публичным должностным лицом, то есть публичным должностным лицом иностранного государства.

В случае если отмечен хотя бы один из перечисленных вариантов, необходимо заполнить Анкету публичного должностного лица.

- Я являюсь родственником лица, принадлежащего к одной из перечисленных категорий.

К какой именно из вышеперечисленных категорий относится Ваш родственник?: (указать)

Степень родства между вами: (указать)

Достоверность сведений, указанных в настоящем заявлении, подтверждаю. Проинформирован(а) о необходимости обновления указанных в заявлении сведений (информации) в случае их изменения, а также обязуюсь представить все необходимые сведения по запросу организации.

Получатель выплаты

Застрахованное лицо

Финансовый консультант

Менеджер Агентства*

(подпись)

(подпись)

(подпись)

(подпись)

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

* Обязательно для заполнения только Менеджером Агентства Агентской сети АО СК «Совкомбанк Жизнь».

Заявление на выплату страхового обеспечения при дожитии до установленного срока или до окончания действия Договора страхования (Полиса)

Продолжение

№ Полиса

Согласие на обработку персональных данных

1. Я, _____ [Ф.И.О.], являясь Субъектом персональных данных, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», предоставляю свое согласие оператору персональных данных – Акционерному обществу Страховой компании «Совкомбанк Жизнь» (адрес местонахождения 127015, город Москва, ул. Бутырская 76, стр.1), далее именуемому - АО СК «Совкомбанк Жизнь» или Обществу, и его партнерам\контрагентам, на обработку персональных данных, любым, не противоречащим российскому законодательству способом (в том числе с/без использованием (-я) средств автоматизации, с использованием глобальной информационно-телекоммуникационной сети Интернет), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), блокирование, извлечение, удаление, уничтожение персональных данных в целях:

- а) заключения и исполнения договоров/соглашений с АО СК «Совкомбанк Жизнь» и договоров перестрахования (если применимо);
- б) проверки любых сведений и документов, предоставленных мной Обществу или полученных Обществом из открытых источников для заключения и исполнения договора страхования или принятия решения по страховому событию, а также получения, при необходимости, дополнительных сведений и документов в любых органах/организациях, включая государственные органы и организации, медицинские учреждения, фонд обязательного медицинского страхования и его территориальные подразделения, бюро кредитных историй, бюро страховых историй;
- в) оценки риска, в том числе в связи с состоянием моего здоровья;
- г) предоставления мне Обществом информации по договору или в связи с моими обращениями, а также о предоставляемых Обществом услугах и способах их оказания (в том числе, информацию рекламного характера), по любым каналам связи, общенным мной Обществу;
- д) ведения справочных и клиентских баз для повышения качества обслуживания клиентов;
- е) осуществления иных функций, возложенных на АО СК «Совкомбанк Жизнь» нормами применимого законодательства, и заключенными/заключаемыми со мной договорами, соглашениями.

Персональные данные, в отношении которых дается данное согласие, включают: все вместе и каждая в отдельности персональные данные, указанные мной о Страхователе, Застрахованном лице и Выгодоприобретателе(-ях) в договоре страхования и документах к нему, в том числе сведения медицинского характера и/или содержащие врачебную тайну о состоянии моего здоровья/здоровья Застрахованного лица, сведения о моем финансовом положении, а также сведения, предоставленные мной для урегулирования страхового события или в связи с иными обращениями в Общество.

2. Я уведомлен о том, что перечень партнеров\контрагентов, которым предоставляются или могут предоставляться мои персональные данные, персональные данные Застрахованного лица и Выгодоприобретателя(-ей) в указанных выше целях, размещен на официальном сайте АО СК «Совкомбанк Жизнь» по адресу: <http://www.sovcomlife.ru> и/или может быть мне предоставлен на основании отдельного письменного запроса. Перечень таких организаций может быть изменен Страховщиком путем размещения его обновленной версии на вышеуказанном официальном сайте.

3. Предоставляя настоящее согласие, я действую по своей воле и в своем интересе. Согласие дается мной Страховщику и его партнерам\контрагентам добровольно, на весь срок действия договора страхования и следующие 5 (Пять) лет после прекращения действия договора страхования, и может быть отозвано мной в любой момент времени путем направления Страховщику подписанного мной письменного уведомления или письма по электронной почте с указанного мною при заключении договора электронного адреса. Я осознаю, что отзыв моего согласия приведет к прекращению действия договора страхования по моей инициативе, а Страховщик обязан продолжить обработку моих персональных данных и после отзыва моего согласия в случаях и в течение времени, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Настоящим соглашаюсь с тем, что все указанные в данном Заявлении персональные и контактные данные будут учтены как актуализация информации в отношении всех полисов (в случае их наличия), по которым я являюсь Страхователем, Застрахованным лицом, так или иначе связанным с полисом(-ами).

Согласие на использование электронной почты для направления и получения документов

Я выражаю свое согласие на то, что любые коммуникации со Страховщиком, в том числе по любым заключенным с ним договорам страхования, включая направление и получение любых документов, могут осуществляться в электронном виде путём направления и получения сообщений по адресу электронной почты Страхователя. Сообщение, направленное на адрес электронной почты Страхователя, будет считаться доставленным и в тех случаях, если оно поступило Страхователю, но по обстоятельствам, зависящим от него, он с ним не ознакомился.

Получатель выплаты	Застрахованное лицо	Финансовый консультант	Менеджер Агентства*
_____	_____	_____	_____
(подпись)	(подпись)	(подпись)	(подпись)
Дата _____	Дата _____	Дата _____	Дата _____

* Обязательно для заполнения только Менеджером Агентства Агентской сети АО СК «Совкомбанк Жизнь».

Заявление на выплату страхового обеспечения при дожитии до установленного срока или до окончания действия Договора страхования (Полиса)

Продолжение

№ Полиса

Я согласен/согласна, что АО СК «Совкомбанк Жизнь» вправе удержать сумму задолженностей из причитающихся мне выплат. Я понимаю и признаю, что данная выплата будет означать полное и окончательное выполнение всех обязательств СК «Совкомбанк Жизнь» по данному Договору страхования (если иное не предусмотрено действующей Спецификацией Полиса или Дополнительным соглашением к Договору страхования (Полису)).

Прошу перевести денежные средства из суммы, начисленной мне к выплате, в счет оплаты других полисов или заявлений на страхование:

Номер Полиса/Заявления	Ф.И.О. Страхователя (полностью), в пользу которого перечисляются денежные средства, и степень родства	Сумма перевода (руб.)

Выплату прошу произвести на банковский счет по следующим реквизитам:

Банк Получателя

ИНН банка

БИК банка

Корр/с банка

Р/с банка
(в случае наличия Л/с или номера карты Получателя)

Р/с Получателя

Ф. И. О. Получателя
Ф. И. О. Получателя полностью в именительном падеже

Л/с или номер карты Получателя
(обязателен для заполнения, если указан р/с Банка)
20 или 22 знака в зависимости от того, где открыт лицевой счет

Допустимо предоставление банковской выписки с указанными в ней полными реквизитами Получателя. В случае предоставления неполных / некорректно указанных банковских реквизитов выплата будет задержана до получения уточняющей информации от Получателя.

Дополнительная информация:

Приложите к заявлению копии паспортов Застрахованного лица и Выгодоприобретателя по дожитию (основной разворот и страница с действующей регистрацией).

Для физических лиц по договорам страхования жизни, заключенным после 01.01.2014, необходимы документы, подтверждающие родственные отношения Выгодоприобретателя по дожитию и Плательщиков взносов за период действия договора для целей налогообложения (ст. 213 НК РФ).

Ф. И. О. финансового консультанта

Код финансового консультанта/брокера

Получатель выплаты	Застрахованное лицо	Финансовый консультант	Менеджер Агентства*
_____	_____	_____	_____
(подпись)	(подпись)	(подпись)	(подпись)
Дата _____	Дата _____	Дата _____	Дата _____

* Обязательно для заполнения только Менеджером Агентства Агентской сети АО СК «Совкомбанк Жизнь».