

## Заявление на страховую выплату

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

№ Полиса(-ов)/Договора(-ов)	
Застрахованное лицо	Ф.И.О. полностью
Дата рождения Застрахованного лица	Д Д М М Г Г Г Г
Место работы/Должность (для коллективных договоров)	

### Заявитель

#### Заявитель является

**Выгодоприобретателем** (Застрахованный; наследник Застрахованного; лицо назначенное Выгодоприобретателем в письменной форме)

**Представителем Выгодоприобретателя\***  иное

\* Если выбран данный пункт, то предоставьте документ, подтверждающий полномочия, и дополнительно заполните блок «Выгодоприобретатель». Интересы Выгодоприобретателя может представлять его законный Представитель на основании свидетельства о рождении ребенка с записью о Заявителе (родителе) / постановления об установлении опеки с записью о Заявителе (опекуне) или Представитель на основании подтверждающего документа (нотариально заверенная доверенность).

Ф.И.О. Заявителя	Ф.И.О. полностью		
Дата рождения	Д Д М М Г Г Г Г	Место рождения	
Отношение к Застрахованному лицу			

#### Документ, удостоверяющий личность

Наименование:	Серия	Номер
Кем выдан		
Дата выдачи	Д Д М М Г Г Г Г	Код подразделения
ИНН (при наличии)	СНИЛС (при наличии)	

#### Адрес регистрации

Индекс	Страна	Город
Область / край / республика		
Улица	Дом	Корпус
		Квартира

Адрес проживания (для корреспонденции)  Совпадает с адресом регистрации  Отличается указать:

Индекс	Страна	Город
Область / край / республика		
Улица	Дом	Корпус
		Квартира

#### Контактная информация

Телефон мобильный	E-mail
-------------------	--------

Перечислите все государства (территории), где Вы являетесь налоговым резидентом:  РФ  Иное указать:

Государство (территория)	Иностранный ИНН (TIN)
Государство (территория)	Иностранный ИНН (TIN)

Все имеющиеся гражданства  РФ  Иное указать:

Гражданство США  Да  Нет **Налоговый статус налогоплательщик США**  Да  Нет

Укажите количество дней пребывания на территории РФ за последние 12 месяцев:

менее 183 дней  183 дня и более

Дата Д Д М М Г Г Г Г

(Ф. И. О. Заявителя)

(подпись Заявителя)

## Заявление на страховую выплату (продолжение)

**Для иностранных граждан и лиц без гражданства данные документа, подтверждающего право пребывания лица на территории РФ\***

\* В случае отсутствия иных документов, указываются данные миграционной карты

Наименование: \_\_\_\_\_  
Реквизиты документа: \_\_\_\_\_  
(серия, номер)  
Срок действия права пребывания (проживания) в РФ         до

**Выгодоприобретатель** (Застрахованное лицо; наследник Застрахованного лица; лицо, назначенное Выгодоприобретателем, в письменной форме)

**Внимание! Не заполнять, если Заявитель является Выгодоприобретателем.**

Ф.И.О. Выгодоприобретателя  Ф.И.О. полностью  
Дата рождения       Место рождения   
Отношение к Застрахованному лицу

### Документ, удостоверяющий личность

Наименование: \_\_\_\_\_ Серия     Номер      
Кем выдан   
Дата выдачи       Код подразделения   -    
ИНН (при наличии)           СНИЛС (при наличии)

### Адрес регистрации

Индекс      Страна  Город   
Область / край / республика   
Улица  Дом  Корпус  Квартира   
Адрес проживания (для корреспонденции)  Совпадает с адресом регистрации  Отличается указать:  
Индекс      Страна  Город   
Область / край / республика   
Улица  Дом  Корпус  Квартира

### Контактная информация

Телефон мобильный                E-mail

Перечислите все государства (территории), где Вы являетесь налоговым резидентом:  РФ  Иное указать:

Государство (территория)  Иностранный ИНН (TIN)   
Государство (территория)  Иностранный ИНН (TIN)

Все имеющиеся гражданства  РФ  Иное указать:

Гражданство США  Да  Нет Налоговый статус налогоплательщик США  Да  Нет

Укажите количество дней пребывания на территории РФ за последние 12 месяцев:

менее 183 дней  183 дня и более

**Для иностранных граждан и лиц без гражданства данные документа, подтверждающего право пребывания лица на территории РФ\***

\* В случае отсутствия иных документов, указываются данные миграционной карты

Наименование: \_\_\_\_\_  
Реквизиты документа: \_\_\_\_\_  
(серия, номер)  
Срок действия права пребывания (проживания) в РФ         до

Дата

\_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. Заявителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись Заявителя)

## Заявление на страховую выплату (продолжение)

### Информация о страховом событии

Несчастный случай   
  Заболевание   
  Иное   
 Дата события

Населенный пункт и регион, в котором наступило событие

Укажите время, место, описание события, полный диагноз и дату диагностирования

Отметьте риски, по которым Вы подаете Заявление в соответствии с Договором страхования / Спецификацией Полиса:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Госпитализация с _____ по _____   | <input type="checkbox"/> Временная нетрудоспособность  |
| <input type="checkbox"/> Перелом / травма / ожог   | <input type="checkbox"/> Недобровольная потеря работы  |
| <input type="checkbox"/> Хирургическая операция / вмешательство  | <input type="checkbox"/> Постоянная частичная / полная нетрудоспособность  |
| <input type="checkbox"/> Диагностирование или наступление критического заболевания или состояния                     | <input type="checkbox"/> Инвалидность группа: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> ребенок-инвалид |
| <input type="checkbox"/> По договору страхования выезжающих за рубеж   | <input type="checkbox"/> Смерть  |
| <input type="checkbox"/> Дожитие   | <input type="checkbox"/> Иное  |
| <input type="checkbox"/> Освобождение от уплаты страховых взносов / Защита страхового взноса при страховании ребенка |  |

К данному Заявлению прилагаются документы (в скобках указать форму документа: оригинал / заверенная копия / копия):

1 _____	5 _____
2 _____	6 _____
3 _____	7 _____
4 _____	8 _____

### Банковские реквизиты Получателя выплаты

**Внимание! Неполные или некорректно указанные банковские реквизиты могут привести к задержке страховой выплаты.**

Получатель выплаты  Выгодоприобретатель   
  Представитель Выгодоприобретателя

Если выбран данный пункт, то предоставьте подтверждение полномочий.

Прошу рассмотреть данное заявление и, если предусмотрено, произвести выплату по следующим реквизитам:

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

Банк Получателя \_\_\_\_\_

БИК банка

Р/с Получателя \_\_\_\_\_  
 (не указывайте реквизиты Номинального счета)

Номер карты

Направить в счет уплаты страховых взносов из суммы выплаты

№ Полиса / Договора \_\_\_\_\_ от         г.

Ф.И.О. Страхователя

Сумма в размере \_\_\_\_\_

Дата

\_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. Заявителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись Заявителя)

## Заявление на страховую выплату (продолжение)

Подписывая настоящее заявление Заявитель подтверждает следующее:

1. Вся указанная в Заявлении (в т.ч. в приложениях к Заявлению) информация является полной и достоверной.
2. Заявитель / Выгодоприобретатель / Представитель Выгодоприобретателя не является публичным должностным лицом (в том числе: иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций, а также лицом, замещающим (занимающим) государственные должности РФ, должности членов Совета Директоров ЦБ РФ, должности федеральной государственной службы, назначение и освобождение от которых осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должности в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемых Президентом РФ), а также супругом(-ой) и / или родственником таких публичных должностных лиц; не имеет бенефициарного владельца (физическое лицо, которое имеет возможность контролировать действия клиента), является им сам. В ином случае Заявитель обязуется предоставить в настоящем заявлении Страховщику сведения и / или документы, подтверждающие принадлежность к публичному должностному лицу (в т.ч., наименование и адрес работодателя, степень родства либо статус по отношению к публичному должностному лицу), а также сведения о бенефициарном владельце. Целью установления деловых отношений со Страховщиком является получение страховой выплаты.

Не согласен (отметить при несогласии с формулировками выше и предоставить иную информацию):

3. Я согласен, что ООО «Совкомбанк страхование жизни» вправе удерживать сумму задолженностей по Договору перед ООО «Совкомбанк страхование жизни» из причитающихся мне страховых выплат.

4. Настоящим я, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие ООО «Совкомбанк страхование жизни», являющемуся оператором персональных данных, расположенному по адресу: 125284, г. Москва, Ленинградский пр-т, д. 35, стр. 1 (далее — Страховщик), на обработку моих персональных данных и персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь (если применимо): фамилии, имени, отчества, адреса электронной почты, номера телефона, адреса места жительства, адреса регистрации, даты рождения, места рождения, гражданства, паспортных данных / данных иного документа, удостоверяющего личность, данные документа, подтверждающие право на пребывание в РФ, ИНН, СНИЛС, сведения о месте работы, сведений о заключенных договорах страхования, страховых событиях и урегулировании убытков, сведений о состоянии здоровья, а также иной информации, предоставленной Страховщику путем заполнения и направления мной анкет и других документов, а также сведений, полученных Страховщиком от третьих лиц и/или из сети Интернет в процессе заключения и/или исполнения договора страхования (полиса).

Я подтверждаю, что Страховщик может осуществлять обработку указанных персональных данных, а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, поручение обработки другому лицу, проверку достоверности и любых иных действий с указанными персональными данными, не противоречащих закону, совершаемых как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств.

Я даю согласие на обработку персональных данных в целях заключения, исполнения и/или расторжения договора страхования (перестрахования), в том числе оценки рисков, проверки качества оказания услуг, оценки страховых случаев и осуществления страховых выплат, администрирования договоров страхования, предоставления мне информации о договоре страхования, сбора статистической информации и ее анализа в соответствии с законодательством РФ. Я подтверждаю, что для достижения указанной цели Страховщик может поручать обработку персональных данных другим лицам, в том числе медицинским организациям, провайдерам услуг, сведения о которых размещены в Памятке застрахованного и на сайте Страховщика <https://sovcomlife.ru/support-centre/personal-information> и поддерживаются Страховщиком в актуальном состоянии.

Я уведомлен, что Страховщик, при необходимости, на основании п. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также на основании п. 8 ст. 10 Закона Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», может получать любые сведения, составляющие врачебную тайну, документы и информацию, необходимые для решения вопроса о страховой выплате, в организациях, включая государственные органы и организации, фонды обязательного медицинского страхования, медицинские учреждения и учреждения медико-социальной экспертизы, в целях исполнения договора страхования вне зависимости от срока и/или периода страхования. Я разрешаю любому лечебному учреждению или врачу, имеющему какую-либо информацию о состоянии моего здоровья (или здоровья лица, законным представителем которого я являюсь), сообщать эту информацию Страховщику и предоставлять соответствующие документы. При этом я согласен с тем, что работники медицинских организаций освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в отношении моих персональных данных и персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь (если применимо).

Настоящее согласие действует в течение 9 лет со дня его предоставления или дня прекращения обязательств сторон по договору страхования. В случае, если в течение указанного срока будет заключен иной договор со Страховщиком, настоящее согласие сохраняет силу в течение всего срока действия каждого договора, а также в течение 9 лет с даты прекращения обязательств сторон по договорам.

Я понимаю, что в любое время вправе отозвать настоящее согласие путём направления заявления в письменной форме об отзыве согласия на обработку персональных данных по адресу: 125284, г. Москва, Ленинградский пр-т, д. 35, стр. 1, ответственному за организацию обработки персональных данных в ООО «Совкомбанк страхование жизни». При этом Страховщик прекращает обработку персональных данных и уничтожает их.

Я уведомлен, что Страховщик вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, предусмотренных законодательством.

Дата

(Ф. И. О. Заявителя)

(подпись Заявителя)