

**ЗАЯВЛЕНИЕ
на страховую выплату**

Договор страхования № от г.

Я, _____, являюсь:

(ФИО Заявителя)

Застрахованным / Наследником Застрахованного / Выгодоприобретателем

Законным представителем вышеперечисленного лица*

*Важно! Если Вы являетесь законным представителем Застрахованного / Наследника Застрахованного/ Выгодоприобретателя необходимо заполнить Анкету Законного представителя.

Сведения о	<input type="checkbox"/> Застрахованном	<input type="checkbox"/> Выгодоприобретателе	<input type="checkbox"/> Наследнике Застрахованного
Фамилия	<input type="text"/>	Имя	<input type="text"/>
Отчество	<input type="text"/>	Дата рождения	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> г
Гражданство	<input type="text"/>	Место рождения	<input type="text"/>
Документ, удостоверяющий личность	<input type="text"/>	Код подразделения	<input type="text"/> - <input type="text"/> серия <input type="text"/> № <input type="text"/>
Дата выдачи	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Дата окончания срока действия (если имеется)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Выдан	<input type="text"/>		
ИНН	<input type="text"/>	СНИЛС	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
Адрес места жительства (регистрации)	<input type="text"/>		
Адрес проживания (если отличается от регистрации)	<input type="text"/>		
Номер моб. телефона	+7 <input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>

Сведения о Застрахованном (заполняется в случае, если о событии заявляет не Застрахованное лицо):

Фамилия	<input type="text"/>	Имя	<input type="text"/>
Отчество	<input type="text"/>	Дата рождения	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Сведения о произошедшем событии:

Обстоятельства и описание события:	<input type="text"/>
------------------------------------	----------------------

Информация о страховом событии (необходимо отметить хотя бы одно событие):

<input type="checkbox"/> Смерть Застрахованного	Дата смерти:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Причина смерти:	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	Место смерти:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Инвалидность Застрахованного	Дата установления:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Диагноз	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	Группа инвалидности:	первая <input type="checkbox"/> вторая <input type="checkbox"/> третья <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Первичное диагностирование смертельно опасного заболевания	Дата постановки диагноза:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Диагноз: _____

Телесные повреждения в результате несчастного случая Хирургическое вмешательство: дата события _____

Госпитализация Временная нетрудоспособность

Период нетрудоспособности с _____ по _____

Период стационарного лечения (госпитализации): с _____ по _____

Диагноз: _____

Дожитие Застрахованного до потери постоянной работы по независящим от него причинам

Дата, когда Застрахованный был уведомлен о его предстоящем увольнении: _____

Отпуск по беременности и родам
(если был отмечен последний): Период отпуска с _____ по _____

Место работы Застрахованного (название организации, ИНН организации, адрес, ФИО руководителя, контактные данные) _____

Должностные обязанности _____

Адрес и наименование моего работодателя _____

Внимание!

1. Если Застрахованным является ребенок или недееспособное/ограниченно дееспособное лицо, то их интересы, связанные с получением страховой выплаты, осуществляются законными представителями. Документы, подтверждающие их полномочия, должны прилагаться к Заявлению;
2. Если Заявление подписано лицом, представляющим полномочия предоставлять интересы в страховую компанию и действующего на основании доверенности, к Заявлению должна прилагаться нотариально удостоверенная доверенность.

На основании данного Заявления прошу произвести страховую выплату на мои банковские реквизиты:

Наименование Банка (и его отделения): _____

БИК: _____

Расчетный счет: _____

Корреспондентский счет: _____

Лицевой счет / номер карты: _____

Подписывая настоящее Заявление я подтверждаю следующее:

Я подтверждаю, что мои ответы на вопросы в данном Заявлении являются правдивыми.

Настоящим подтверждаю, что Застрахованный/Выгодоприобретатель/Наследник Застрахованного не является российским публичным должностным лицом¹ и иностранным публичным должностным² лицом или родственником российского публичного должностного лица и иностранного публичного должностного лица. В ином случае обязуюсь заполнить «Заявление о принятии на обслуживание ИПДЛ / РПДЛ», «Уведомление о родстве с ИПДЛ / РПДЛ», «Анкету РПДЛ / ИПДЛ» или «Анкету родственника РПДЛ»

Настоящим подтверждаю, что Застрахованный/Выгодоприобретатель/Наследник Застрахованного не является лицом, на которого распространяется законодательство иностранного государства о налогообложении иностранных счетов (Федеральный закон от 28.06.2014 г. №173 «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»).

Настоящим я предоставляю ООО «СК «Ренессанс Жизнь» и лицам, действующим по его поручению, право на обработку (в том числе сбор систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение любыми, не противоречащим российскому законодательству способом (в том числе без использования средств автоматизации), на трансграничную передачу в страны, обеспечивающие адекватную защиту персональных данных и не обеспечивающие такую защиту, всех моих персональных данных (в том числе персональных данных о состоянии здоровья) в целях заключения и исполнения Договора страхования, а также в целях предоставления с помощью средств связи информации об исполнении Договора страхования и информации о страховых услугах, оказываемых Страховщиком. При этом такое согласие дается мной Страховщику на весь срок действия Договора страхования и в течение 5 (пяти) лет после прекращения действия Договора страхования и может быть отозвано мной в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного мной письменного уведомления.

_____ (подпись) _____ (ФИО) _____ (Дата заявления)

Служебные отметки:

Вх.№ _____ - _____ / _____ от _____ .20 _____ г.

ФИО Сотрудника: _____

Должность: _____ Подпись: _____

¹ Российское публичное должностное лицо (РПДЛ) – лицо, замещающее (занимающее) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемых Президентом Российской Федерации.

² Под иностранным публичным должностным лицом понимается любое назначаемое или избираемое лицо, занимающее какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства, и любое лицо, выполняющее какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в том числе для публичного ведомства или публичного предприятия.