



Заявление на страховую выплату

на страховую выплату по программе группового страхования жизни
и от несчастных случаев и болезней участников ипотечного кредитования

я, , являясь
Ф. И. О.

(Застрахованным Лицом/Наследником по закону/Представителем по доверенности)¹

ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ № ОТ / / г. (ДАЛЕЕ – ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ),

ПРОШУ РАССМОТРЕТЬ НАСТОЯЩЕЕ ЗАЯВЛЕНИЕ И ПРИЛАГАЮЩИЕСЯ К НЕМУ ДОКУМЕНТЫ, ПРИЗНАТЬ ПРОИЗОШЕДШЕЕ СОБЫТИЕ СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ И ПРОИЗВЕСТИ МНЕ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ В СВЯЗИ С НИЖЕСЛЕДУЮЩИМ СОБЫТИЕМ (ВЫБРАТЬ НУЖНОЕ):

Госпитализация Застрахованного лица по причине несчастного случая или болезни

Дожитие Застрахованного Лица до события потери работы



Сведения о застрахованном лице

Ф. И. О.

ДАТА РОЖДЕНИЯ / / г. МЕСТО РОЖДЕНИЯ ИНН

ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ / / / / 20 г.
тип серия номер дата выдачи

кем выдан, код подразделения

ГРАЖДАНСТВО ВТОРОЕ ГРАЖДАНСТВО

НАЛОГОВЫЙ РЕЗИДЕНТ В

МИГРАЦИОННАЯ КАРТА, ВРЕМЕННОЕ РАЗРЕШЕНИЕ: / / 20 г.
серия номер дата выдачи

/ / 20 г. / / 20 г.
дата начала срока пребывания дата окончания срока пребывания

ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ПРАВО ИНОСТРАННОГО ГРАЖДАНИНА ИЛИ ЛИЦА БЕЗ ГРАЖДАНСТВА НА ПРЕБЫВАНИЕ В РФ / / 20 г.
тип серия номер дата выдачи

кем выдан

/ / 20 г. / / 20 г.
дата начала срока действия права пребывания (проживания) дата окончания срока действия права пребывания (проживания)

МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА (РЕГИСТРАЦИИ) /
государство регион/населенный пункт

адрес, включая почтовый индекс

МЕСТО ПРЕБЫВАНИЯ /
государство регион/населенный пункт

адрес, включая почтовый индекс

↓ Сведения о выгодоприобретателе (выбрать нужное)

- является Застрахованным Лицом
- является законным наследником Застрахованного Лица

Ф. И. О.

ДАТА РОЖДЕНИЯ / / г. МЕСТО РОЖДЕНИЯ ИНН

ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ тип серия номер / / 20 г. дата выдачи

кем выдан, код подразделения

ГРАЖДАНСТВО ВТОРОЕ ГРАЖДАНСТВО

НАЛОГОВЫЙ РЕЗИДЕНТ В

МИГРАЦИОННАЯ КАРТА, ВРЕМЕННОЕ РАЗРЕШЕНИЕ: серия номер / / 20 г. дата выдачи

/ / 20 г. дата начала срока / / / 20 г. дата окончания срока

ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ПРАВО ИНОСТРАННОГО ГРАЖДАНИНА ИЛИ ЛИЦА БЕЗ ГРАЖДАНСТВА НА ПРЕБЫВАНИЕ В РФ тип серия номер / / 20 г. дата выдачи

кем выдан

/ / 20 г. дата начала срока действия права / / / 20 г. дата окончания срока действия права

МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА (РЕГИСТРАЦИИ) государство регион/населенный пункт

адрес, включая почтовый индекс

МЕСТО ПРЕБЫВАНИЯ государство регион/населенный пункт

адрес, включая почтовый индекс

↓ Сведения о произошедшем событии

ДАТА НАСТУПЛЕНИЯ СОБЫТИЯ: / / г.

ОПИСАНИЕ И ПРИЧИНЫ СОБЫТИЯ (ЗАПОЛНЯЕТСЯ В ПРОИЗВОЛЬНОЙ ФОРМЕ)

К НАСТОЯЩЕМУ ЗАЯВЛЕНИЮ ПРИЛАГАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ:

№ п/п	Наименование документа	Серия и номер документа	Количество штук	Примечание
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				



Реквизиты для осуществления безналичной Страховой выплаты

Ф.И.О. ПОЛУЧАТЕЛЯ

в именной падеже

НАИМЕНОВАНИЕ
ПОЛУЧАТЕЛЯ БАНКА

ЮРИДИЧЕСКИЙ АДРЕС
БАНКА

БИК

1 2 3 4 5 6 7 8 9

ИНН ПОЛУЧАТЕЛЯ

1 2 3 4 5 6 7 8 9 11 12 13

РАСЧЕТНЫЙ СЧЕТ

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

КОРСЧЕТ

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

ЛИЧНЫЙ СЧЕТ
ПОЛУЧАТЕЛЯ

 /

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ

телефон

адрес электронной почты

Подписывая настоящее Заявление я:

– предоставляю ООО «СК «Райффайзен Лайф», 115230, Москва, 1-й Нагатинский проезд, д. 10, стр. 1 (далее – Страховщик) и АО «Райффайзенбанк», 129090, Москва, ул. Троицкая, д. 17, стр. 1 (далее – Банк) персональные данные и иную информацию обо мне, включающие, в том числе, помимо прочего: фамилию, имя, отчество; пол; год, месяц, дату и место рождения; место жительства (регистрации) и место пребывания; номер телефона; сведения о документе, удостоверяющем личность; ИНН; семейном, социальном и имущественном положении (а также, если я являюсь Застрахованным Лицом: место работы, должность, профессию, служебные обязанности; сведения о состоянии здоровья (включая сведения, составляющие врачебную тайну), увлечениях (хобби)), содержащиеся в настоящем Заявлении и иных документах, заполняемых и подписываемых мною в связи с исполнением Договора страхования (далее – Персональные данные);

- своей волей и в своем интересе даю согласие Страховщику и Банку на автоматизированную, неавтоматизированную и смешанную обработку Персональных данных и любой информации обо мне (в том числе сведений, составляющих врачебную тайну), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование и уничтожение персональных данных и иной информации, сообщенной мной или моим представителем Страховщику или Банку в целях исполнения Договора страхования, осуществления страховых выплат и урегулирования страховых случаев, учёта в базах данных Страховщика и получения мной ин-

формации о продуктах и услугах Страховщика (далее – «Цели обработки»). Страховщик и Банк вправе в Целях обработки осуществлять трансграничную передачу Персональных данных и предоставлять Персональные данные (включая сведения составляющие врачебную тайну) Банку, юридическим лицам, осуществляющим электронную обработку сведений о клиентах Страховщика, страховым агентам, страховым брокерам, перестраховочным организациям, моим представителям, аффилированным лицам Страховщика и лицам, входящим в группу лиц, в которую входит Страховщик, юридическим и финансовым консультантам, аудиторам Страховщика, а также иным лицам, если это необходимо для достижения Целей обработки и на основании соответствующих договоров, содержащих обязательство этих лиц по соблюдению конфиденциальности полученной информации;

- согласен (согласна) с тем, что вышеизложенное согласие на обработку Персональных данных (включая сведения, составляющие врачебную тайну) действительно в течение двадцати пяти лет после прекращения всех обязательств сторон по вышеупомянутому Договору страхования;

- понимаю и согласен, что указанное согласие на обработку и передачу Персональных данных может быть мною отозвано посредством направления Страховщику и Банку письменного заявления об отзыве согласия на обработку, хранение и иное использование персональных данных установленного и утвержденного Страховщиком образца;

- заявляю, что согласен с тем, что Страховщик вправе при подписании документов, подписываемых Страховщиком в связи с исполнением Договора страхования, использовать факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного должностного лица Страховщика с помощью средств механического или иного копирования;

- разрешаю любому врачу или лечебному учреждению, имеющим какую-либо информацию о состоянии здоровья Застрахованного Лица (включая сведения составляющие врачебную тайну), сообщать эту информацию Страховщику;

- подтверждаю, что все сведения, предоставленные мной или от моего имени в настоящем Заявлении, иных документах, заполняемых и подписываемых мной или от моего имени в целях исполнения Договора страхования, являются правдивыми, соответствующими действительности и содержащими полную информацию, включая ту, которая, по моему мнению, может являться незначительной.

С условиями Договора страхования (включая порядок признания заявленного события Страховым случаем и условия осуществления Страховой выплаты), ознакомлен(а) и согласен (согласна).

ПОЛУЧАТЕЛЬ
ВЫПЛАТЫ

Ф. И. О.

подпись

дата