

В Управление  
по работе с клиентами  
ООО «СК «Райффайзен Лайф»**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
на расторжение и выплату выкупной суммыПрошу с \_\_\_\_\_ расторгнуть Договор страхования № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_.  
Выкупную сумму (в случае наличия) прошу перечислить по следующим реквизитам:

Наименование банка получателя:	<input type="text"/>	
ИНН банка:	<input type="text"/>	БИК банка: <input type="text"/>
Корреспондентский счет банка:	<input type="text"/>	
Р/счет банка (в случае наличия Л/сч или номера карты получателя):	<input type="text"/>	
Р/счет получателя:	<input type="text"/>	
Ф.И.О. получателя полностью в именительном падеже:	<input type="text"/>	
Л/сч или номер карты получателя:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

20 или 22 знака, обязателен для заполнения, если указан р/сч банка

**ПОЛУЧАТЕЛЬ ВЫПЛАТЫ:**

Ф.И.О.:	<input type="text"/>				Пол: М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>
Дата рождения:	<input type="text"/>	Место рождения:	<input type="text"/>	ИНН при наличии:	<input type="text"/>
Документ, удостоверяющий личность:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	тип	серия	номер	дата выдачи	код подразделения
	<input type="text"/>				
	кем выдан				
Гражданство:	<input type="text"/>				
Второе гражданство:	<input type="text"/>				
Налоговый резидент в:	<input type="text"/>				
Миграционная карта, временное разрешение:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	серия	номер	дата выдачи		
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		
	дата начала срока пребывания		дата окончания срока пребывания		
	<input type="text"/>				
	кем выдан				
Документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства пребывания на территории РФ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	тип	серия	номер	дата выдачи	
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		
	дата начала срока действия права пребывания (проживания)		дата окончания срока действия права пребывания (проживания)		
	<input type="text"/>				
	кем выдан				
Адрес регистрации:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	индекс	государство	область		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	город	улица	дом	корпус	строение кв-ра
Контактные данные:	<input type="text"/>		<input type="text"/>		
	телефон домашний с кодом города и страны		телефон мобильный (с указанием оператора)		
	<input type="text"/>				
	адрес электронной почты				
Адрес пребывания (если отличается от регистрации):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	индекс	государство	область		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	город	улица	дом	корпус	строение кв-ра
Получатель выплаты:	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	Ф.И.О.		подпись		дата

Контактные данные:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
телефон домашний с кодом города и страны	телефон мобильный (с указанием оператора)
<input type="text"/>	
адрес электронной почты	

Гражданство США:

ДА  НЕТ

Налоговый статус: налогоплательщик США: ДА  НЕТ

Идентификационные данные для граждан и налогоплательщиков США:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
номер соц. страхования (SSN)	ID
<input type="text"/>	
ИНН (TIN)	

### ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

- При выплате страховой суммы Страховщиком может быть удержан НДФЛ в случаях и в порядке, предусмотренном пп.2 п.1 ст.213 НК РФ и иными нормами права действующего законодательства.
- Если Заявление подписано лицом, действующим на основании доверенности, к Заявлению должна прилагаться доверенность или ее нотариально заверенная копия; если законным наследником - свидетельство о праве на наследство или его нотариально заверенная копия.

### ДЕКЛАРАЦИЯ ПОЛУЧАТЕЛЯ ВЫПЛАТЫ:

Подписывая настоящее заявление я, \_\_\_\_\_

— предоставляю Страховщику 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; сведения, 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 на автоматизированную, неавтоматизированную и смешанную обработку Персональных данных и любой информации обо мне, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование и уничтожение персональных данных и иной информации, сообщенной мной или моим представителем Страховщику в целях исполнения Договора страхования, осуществления страховых выплат и урегулирования страховых случаев, учёта Договора страхования в базах данных Страховщика и получения мной информации о продуктах и услугах Страховщика (далее - «Цели обработки»). Страховщик вправе в Целях обработки осуществлять трансграничную передачу Персональных данных и предоставлять Персональные данные АО «Райффайзенбанк», 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 сведений, составляющих врачебную тайну) действительно в течение пяти лет со дня подписания мною настоящего Заявления;

— понимаю и согласен, что указанное согласие на обработку и передачу Персональных данных может быть мною отозвано посредством направления Страховщику 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;

— подтверждаю, что с условиями Договора страхования (включая Таблицу выкупных сумм и Полисные условия ознакомлен(а) и с условия расторжения договора страхования согласен(а);

— подтверждаю, что я не являюсь иностранным публичным должностным лицом (далее – ПДЛ), супругом, близким родственником ПДЛ (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии, полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братьями и сестрами, усыновителями и усыновленными) и не действую от имени указанных лиц;

ДА  НЕТ  Подробнее

— подтверждаю, что я не являюсь должностным лицом публичных международных организаций, а также лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров, Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются 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, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

ДА  НЕТ  Подробнее

— я даю свое согласие на предоставление моих персональных данных и информации о моем доходе в налоговую службу США;

ДА  НЕТ

— я осведомлен, что Страховщик ООО «СК «Райффайзен Лайф» вправе удержать сумму задолженностей по уплате страховых взносов из причитающихся мне выплат;

— я понимаю и признаю, что данная выплата будет означать полное и окончательное выполнение всех обязательств ООО «СК «Райффайзен Лайф» по данному Договору страхования;

— настоящим подтверждаю, что Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель (-ли) не являются лицами, в отношении которых установлены и действуют экономические и/или политические программы санкций или ограничения, предусмотренные решениями компетентных органов Российской Федерации, Организации Объединенных Наций, Европейского Союза, США и иных стран и организаций, а также не являются лицами, внесенными в списки лиц, подверженных санкциям в связи с легализацией (отмыванием) доходов, террористической и иной незаконной деятельностью, формируемые указанными странами и организациями, и соглашаюсь с тем, что предоставление страхового покрытия, страховые выплаты или иные платежи в отношении лиц, на которых распространяются программы санкций или которые внесены в списки лиц, подверженных санкциям, будут сделаны только при условии получения соответствующего разрешения органа, установившего санкцию или ограничение.

Получатель выплаты:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ф.И.О.	подпись	дата

Настоящим подтверждаю, что из предоставленных Получателем выплаты документов и сведений следует, что Получатель выплаты не является гражданином США, не является налоговым резидентом США, не рождён на территории США, не проживает и не зарегистрирован на территории США, код страны телефонного номера не содержит код США и сведения о Получателе выплаты не содержат иные признаки, свидетельствующие о том, что Получатель выплаты является налогоплательщиком США.

ДА  НЕТ<sup>1</sup>

Представитель  
АО Райффайзенбанк:

Ф.И.О.

\_\_\_\_\_

подпись

дата

---

1 - В случае указания ответа «НЕТ» Получателю выплаты необходимо заполнить форму W-8BEN (Сертификат иностранного статуса бенефициарного владельца для целей удержания налогов и налоговой отчетности в США (физические лица)) и/или форму W-9 (Запрос на идентификационный номер налогоплательщика и соответствующее свидетельство.)