

Инструкция по заполнению Заявления на выплату страхового обеспечения при дожитии до окончания действия договора страхования (полиса)

Важно!!!

1. Дата заполнения и подписания заявления на выплату страхового обеспечения при дожитии может быть **только** после даты окончания договора страхования (полиса). Например, если договор оканчивается 28 января 2016 года, то дата заполнения заявления может быть 29 января 2016 года и позднее.
2. Заявление на выплату страхового обеспечения при дожитии до окончания действия договора страхования может заполнять:
 - назначенный выгодоприобретатель;
 - застрахованное лицо (только если нет назначенного Выгодоприобретателя или указано, что выгодоприобретатели – наследники по закону).Если Выгодоприобретатель/Застрахованное (тот, кто получает выплату) и Страхователь (тот, кто платил за страхование) разные лица, по договорам, заключенным до 01.01.2014, возникнет налогообложение – выплата будет рассмотрена как доход Выгодоприобретателя и будет удержан 13% НДФЛ. Поэтому рекомендация по договорам, заключенным до 01.01.2014 менять выгодоприобретателя, чтобы Выгодоприобретатель по страховой выплате по дожитию был равен Страхователю. **Заявление на смену выгодоприобретателя должно быть подписано в период действия договора!!!** Например, если договор заканчивается 28 января 2016 года, заявление на изменение Выгодоприобретателя по договору должно датироваться не позднее 28 января 2016 года (последний день, когда договор действовал).
3. **ОБЯЗАТЕЛЬНО** проверяем оформлено ли постоянное платежное поручение (Standing Order, далее SO). Если SO оформлено, надо **ОБЯЗАТЕЛЬНО** отключить.
4. После подписания заявления, **ОБЯЗАТЕЛЬНО** проводим данное заявление по процессу Ответственное Хранение: 1. Формируем описание, 2. Передаем контроллеру для сканирования и прикрепления в UPPB, 3. После успешной верификации отправляем оригиналы в Райффайзен Лайф.

Заполнение полей заявления:

1. Заполняем номер договора полностью и дату начала договора.
2. Поле Застрахованное лицо. Заполняем ФИО Застрахованного лица полностью. Если Застрахованное лицо - нерезидент, то указываем имя и фамилию на латинском и русском, отчество при наличии также указываем на латинском и русском. Например, John Джон Black Блэк.
3. Поле Страхователь. Заполняем ФИО Страхователя полностью. Если Страхователь - нерезидент, то указываем имя и фамилию на латинском и русском, отчество при наличии также указываем на латинском и русском. Например, John Джон Black Блэк.
4. В разделе «ПОЛУЧАТЕЛЬ ВЫПЛАТЫ» галочкой (крестиком) указываем, кто является получателем выплаты – Застрахованное лицо или Выгодоприобретатель.
5. Полностью указываем ФИО получателя выплаты. Если получатель выплаты - нерезидент, то указываем имя и фамилию на латинском и русском, отчество при наличии также указываем на латинском и русском. Например, John Джон Black Блэк.
6. Адрес регистрации получателя выплаты. Указываем:
 - индекс (если известно);

- государство: если Российская Федерация, то допускается РФ, Российская Федерация, Россия; если иное, то общепринятое название, например, Великобритания, Франция, Белоруссия и т.д.;
 - область (если применимо);
 - город (здесь же указываем, если это поселок, село. Например, село Высокое);
 - улицу (если это улица, то указываем просто название, если переулок/проезд/бульвар, тогда указываем, например, проспект Мира);
 - номер дома, корпус или строение (если применимо), если корпуса и строения нет, то ставим прочерк, номер квартиры. Если есть только номер дома, тогда прочерк ставим и в номере корпуса, строения и квартиры.
7. Контактные телефоны. Указываются домашний (если применимо) и мобильный (всегда, чтобы можно было связаться с клиентом). Номера телефона **ОБЯЗАТЕЛЬНО** указываются с кодом, в любом формате: +74951234567, 8 (495) 234-56-67.
 8. Адрес пребывания заполняем только, если он отличается от адреса регистрации. Если отличается заполняем аналогично как заполнялся адрес регистрации.
 9. Данные документа, удостоверяющего личность. Может быть паспорт РФ, паспорт иностранного гражданина, военный билет. Указываем все реквизиты документа. Если нет серии документа, ставим прочерк.
 10. Дата рождения и место рождения – заполняется в соответствии с документом, удостоверяющим личность.
 11. Гражданство. Если Российская Федерация, то допускается РФ, Российская Федерация, Россия; если иное, то общепринятое название, например, Великобритания, Франция, Белоруссия и т.д.
 12. Налоговый резидент. Если Российская Федерация, то допускается РФ, Российская Федерация, Россия; если иное, то общепринятое название, например, Великобритания, Франция, Белоруссия и т.д.
 13. Второе гражданство. Если нет, так и указываем – «Нет» или ставим прочерк, если есть второе гражданство, то указываем государство и реквизиты документа, подтверждающего гражданство другого государства.
 14. Миграционная карта – **ОБЯЗАТЕЛЬНО!!!** заполняется, если получатель выплаты не гражданин РФ.
 15. Место работы и должность. Указываем юридическое лицо, где работает получатель выплаты. Если получатель выплаты ИП, значит указываем ИП Иванов. Если получатель выплаты пенсионер, в поле «Место работы» ставим прочерк, в поле «Должность» указываем «пенсионер».
 16. Гражданство США. Если получатель выплаты не является гражданин США, **ОБЯЗАТЕЛЬНО!!!** ставим галочку в поле «Нет». Если является гражданином США (второе или единственное гражданство США), тогда ставим галочку в поле «Да».
 17. Налоговый статус: налогоплательщик США. Также если получатель выплаты не является гражданином США, **ОБЯЗАТЕЛЬНО!!!** ставим галочки в поле «Нет». Если является гражданином США (второе или единственное гражданство США), тогда ставим галочку в поле «Да».
 18. Идентификационные данные для граждан США – заполняются только для граждан США. Если получатель выплаты не гражданин США, то не заполняем данные поля.
 19. Раздел «ЗАЯВЛЕНИЕ ПОЛУЧАТЕЛЯ ВЫПЛТЫ» заполняется, если часть страховой выплаты необходимо перечислить в счет оплаты другого договора страхования в Райффайзен Лайф или другого заявления на страхование в Райффайзен Лайф. **Сумму средств, которые перечисляются на другой договор или заявление в Райффайзен Лайф ВСЕГДА указываются в рублях**, не зависимо от валюты закончившегося договора и валюты нового

договора, так как между резидентами РФ все взаиморасчеты могут производиться только в рублях РФ. Исключение только если клиент не имеет гражданства РФ.

20. В случае, если по договору было назначено несколько выгодоприобретателей (2 и более, с указанием долей в заявлении на страхование), тогда указываем долю от страховой выплаты по дожитию. Если выгодоприобретатель один, не заполняем.
21. В самом низу первой страницы **ОБЯЗАТЕЛЬНО!!!** заполняем ФИО получателя выплаты полностью и подпись.
22. Полностью заполняем реквизиты. Реквизиты могут быть любого банка. Если указан расчетный счет банка, то необходимо указать лицевой счет.
23. Декларация получателя выплаты. **Обязательно** указать полностью ФИО получателя.
24. При ответе на вопрос «Подтверждаю, что я не являюсь иностранным публичным должностным лицом ...» **ОБЯЗАТЕЛЬНО** ставим галочку в соответствующем квадратике. Публичное должностное лицо – это лица, на которых возложено в настоящем времени или не более года назад исполнение важных государственных функций (глава государства, члены правительства и т.д.)
25. При ответе на вопрос «Подтверждаю, что я не являюсь должностным лицом публичных международных организаций, ...» **ОБЯЗАТЕЛЬНО** ставим галочку в соответствующем квадратике.
26. При ответе на вопрос «я даю свое согласие на предоставление моих персональных данных и информации о моем доходе в налоговую службу США», можно ставить галочку в любом квадратике. Если получатель выплаты не является налогоплательщиком в США и поставит галочку в поле «ДА», то у страховой компании просто нет данных для передачи в США. В то же время, являясь налогоплательщиком в США, клиент может не дать своего согласия на передачу данных. И без согласия страховая компания не имеет права передавать данные в США.
27. Внизу второй страницы обязательно полностью указываем ФИО получателя выплаты, подпись и дату заполнения заявления (**ОБЯЗАТЕЛЬНО** после даты окончания договора страхования).
28. Заявление **ОБЯЗАТЕЛЬНО** должно быть заверено подписью сотрудника отделения АО «Райффайзенбанка», который принял заявление от клиента.

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВЫПЛАТУ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ ДОЖИТИИ ДО ОКОНЧАНИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ (ПОЛИСА)

№ ОТ

Застрахованное лицо Ф.И.О.:

Страхователь Ф.И.О.:

ПОЛУЧАТЕЛЬ ВЫПЛАТЫ

Застрахованное лицо Выгодоприобретатель по дожитии, назначенный в установленном порядке

Ф.И.О.

Адрес регистрации получателя выплаты:

индекс государство область

город улица дом корпус строение кв-ра

Контактный телефон (с кодом города и страны / оператора):

домашний мобильный

Адрес пребывания (если отличается от регистрации):

индекс государство область

город улица дом корпус строение кв-ра

Контактный телефон (с кодом города и страны / оператора):

домашний мобильный

Данные документа, удостоверяющего личность Получателя:

тип документа, удостоверяющего личность серия номер

дата выдачи кем выдан код подразделения

Дата рождения: Место рождения: ИНН:

Гражданство: Налоговый резидент в:

Второе гражданство:

Документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в РФ:

тип документа серия номер кем выдан

дата выдачи дата начала срока действия права пребывания (проживания) дата окончания срока действия права пребывания (проживания)

Миграционная карта:

серия номер дата выдачи дата начала срока пребывания дата окончания срока пребывания

Место работы / должность:

название компании должность / описание должностных обязанностей

Гражданство США: ДА НЕТ Налоговый статус: налогоплательщик США: ДА НЕТ

Идентификационные данные для граждан и налогоплательщиков США:

Номер соц. страхования (SSN) : ID: ИНН (TIN):

ЗАЯВЛЕНИЕ ПОЛУЧАТЕЛЯ ВЫПЛАТЫ

Прошу перевести денежные средства из суммы, начисленной мне к выплате, в счет оплаты страховой премии по другим договорам страхования или заявлениям на страхование:

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

Если выгодоприобретателей несколько, пожалуйста, заполните отдельное заявление на каждого выгодоприобретателя с указанием % от страховой суммы. % от страховой суммы:

Получатель выплаты:

Ф.И.О. подпись

Выплату прошу произвести на банковский счет по следующим реквизитам:

Банк получателя:

АО Райффайзенбанк

ИНН банка:

7 7 4 4 0 0 0 3 0 2

БИК банка:

0 4 4 5 2 5 7 0 0

Корр/счет банка:

3 0 1 0 1 8 1 0 2 0 0 0 0 0 0 0 7 0 0

Р/счет банка (в случае наличия Л/сч или номера карты получателя):

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

Ф.И.О. получателя полностью в именительном падеже:

Иванов Иван Иванович

Л/сч или номер карты получателя* (20 или 22 знака, обязателен для заполнения, если указан р/сч банка):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

- При выплате страховой суммы Страховщиком может быть удержан НДФЛ в случаях и в порядке, предусмотренном п.2 п.1 ст.213 НК РФ и иными нормами права действующего законодательства.
- К Заявлению прикладываются копии паспортов Застрахованного лица и Выгодоприобретателя (если получателем страховой выплаты является Выгодоприобретатель, назначенный в установленном порядке) по риску «Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования». Помимо указанных выше документов к настоящему Заявлению должны быть приложены иные документы, указанные в применимой редакции Полисных условий.
- Если владелец счета не является Застрахованным лицом, то к заявлению необходимо приложить нотариально удостоверенную доверенность или её нотариально заверенную копию на получение денежных средств.
- Если Выгодоприобретателем является ребенок или недееспособное / ограниченно дееспособное лицо, то их интересы, связанные с получением страховой выплаты, представляются законными представителями. Документы, подтверждающие полномочия перечисленных лиц, должны прилагаться к настоящему Заявлению.
- 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, **Иванов Иван Иванович**

- 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 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: **Иванов Иван Иванович** **01.01.2016**
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 рожден 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

Представитель **Сидоров Андрей Сергеевич** **01.01.2016**
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).