



В Управление по работе с клиентами
ООО «СК «Райффайзен Лайф»

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 проживания

дата окончания срока действия права проживания

Миграционная карта:

серия

номер

дата выдачи

дата начала срока проживания

дата окончания срока проживания

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.)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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:	<input type="text"/>
ИНН банка:	<input type="text"/>
БИК банка:	<input type="text"/>
Корр/счет банка:	<input type="text"/>
Р/счет банка (в случае наличия Л/сч или номера карты получателя):	<input type="text"/>
Ф.И.О. получателя полностью в именительном падеже:	<input type="text"/>
Л/сч или номер карты получателя* (20 или 22 знака, обязателен для заполнения, если указан р/сч банка):	<input type="text"/>

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, _____, 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:	<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 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 НЕТ¹

Представитель АО Райффайзенбанк:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	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 (физическое лицо)) и/или форму W-9 (Запрос на идентификационный номер налогоплательщика и соответствующее свидетельство).