

Заявление на страховую выплату по договору страхования жизни

Номер договора

Дата заключения договора

Сведения о Заявителе - получателе выплаты (Застрахованном/Выгодоприобретателе/Наследнике)

ФИО (полностью) Отношение заявителя к Страхователю

(степень родства)

Пол Дата рождения Документ Серия Номер Кем выдан Дата выдачи Код подразделения Место рождения Гражданство (при наличии нескольких указать все страны): Наличие вида на жительство в иностранном государстве (указать страну): Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства (указать страну): ИНН

Адрес регистрации

Индекс Город Улица Дом Корпус, строение Квартира Адрес фактического места жительства или места пребывания: Совпадает с адресом регистрации Индекс Город Улица Дом Корпус, строение Квартира Адрес для направления корреспонденции: Совпадает с адресом регистрации Совпадает с адресом фактического места жительства Телефон (мобильный или городской/стационарный телефон)Электронный адрес

Сведения о Застрахованном (заполняется, если Заявитель не является Застрахованным)

ФИО Застрахованного (полностью) Дата рождения Застрахованного **Прошу рассмотреть вопрос о признании указанного в настоящем Заявлении события страховым случаем. Информацию о принятом решении прошу направить на указанный в настоящем Заявлении электронный адрес.**Событие: Дожитие Смерть Иное Дата события

Описание события (не заполняется, когда страховым событием является дожитие до определенной даты):

(Подпись Заявителя)

Номер договора

Список прилагаемых документов

Из страховой выплаты, если она предусмотрена договором страхования, прошу осуществить:

1. Взаимозачет (взаимозачет возможен только на договор страхования жизни, заключенный в ООО «ВСК - Линия жизни») Заполняется только в случае оформления нового договора страхования.

Прошу выплату в размере зачесть в качестве взноса по Договору страхования жизни

Номер

2. Перевод по следующим реквизитам (в случае если выплата/часть выплаты зачисляется на счет договора по п.1, по следующим реквизитам перечисляется остаток выплаты)

Наименование банка

БИК

Номер счета Получателя

Декларация Заявителя

Я даю согласие Страховщику на обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, указанных в заявлении, в целях заключения и исполнения договора страхования в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», на передачу (в том числе трансграничную передачу) моих персональных данных страховому агенту, заключившему и сопровождающему договор страхования, аудиторам, актуариям и перестраховщикам, для целей осуществления Страховщиком страховой деятельности.

Я подтверждаю, что не являюсь налогоплательщиком США, а также, что в отношении меня отсутствуют любые иные основания для распространения на меня законодательства США о налогообложении иностранных счетов.

Я подтверждаю, что не являюсь должностным лицом публичной международной организации, лицом, замещающим (занимающим) государственную должность Российской Федерации, должность члена Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должность федеральной государственной службы, назначение на которую и освобождение от которой осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должность в Центральном банке Российской Федерации, государственной корпорации или иной организации, созданной Российской Федерации на основании федерального закона, включенную в соответствующий перечень должностей, определенный Президентом Российской Федерации, также иностранным публичным должностным лицом, а также не являюсь родным или близким указанных лиц.

В ином случае Заявитель обязуется предоставить дополнительную информацию по форме, предоставленной Страховщиком.

Если получатель выплаты по риску дожитие не является Страхователем, его близким родственником или членом его семьи (родители, дети, дедушка, бабушка, внуки, брат, сестра) из страховой выплаты удерживается налог на доходы физических лиц (ст. 213 НК РФ).

Заполняется, если Заявитель является Застрахованным (не заполняется, когда страховым событием является дожитие до определенной даты)

Я,

(Фамилия, имя, отчество Застрахованного)

Дата рождения

даю разрешение ООО «ВСК - Линия жизни» на получение медицинской информации от любого врача, у которого я когда-либо консультировался и/или лечился, или от любой организации, обладающей информацией о состоянии моего здоровья. Я уполномочиваю любое медицинское учреждение, учреждение медико-социальной экспертизы передавать ООО «ВСК - Линия жизни» всю информацию, касающуюся моего здоровья, отказываюсь от каких-либо претензий по поводу этой передачи. Я разрешаю любому врачу, любым организациям, оказывавшим мне медицинскую помощь или обладающим информацией о состоянии моего здоровья предоставлять Страховщику по его запросу полную информацию о состоянии моего здоровья, включая копии записей в подлинных медицинских документах.

Я, Заявитель, подтверждаю справедливость утверждений Декларации по отношению ко мне.

(Подпись Заявителя)

Заявление принял

(Должность, ФИО)

Дата

(Подпись)