

В ООО «РСХБ–Страхование жизни»

от _____
(Ф.И.О. Выгодоприобретателя)

контактный телефон: _____

e-mail: _____

адрес: _____
(индекс, адрес для доставки корреспонденции)

Паспорт заявителя: серия _____

номер: _____ дата выдачи: _____

Наименование выдавшего органа _____

_____ код подразделения _____

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ

(все данные заполняются печатными буквами)

Я, _____,
(Ф.И.О.)

являясь _____
(Застрахованным, Выгодоприобретателем, представителем Застрахованного, представителем Выгодоприобретателя, наследником Застрахованного лица) по Договору инвестиционного страхования жизни № _____
от « _____ » _____ 20____ года. страховая сумма по договору _____, сообщаю о дожитии Застрахованного лица до « _____ » _____ 20____ года.
Прошу рассмотреть возможность страховой выплаты в установленном порядке.

Страховую выплату прошу перечислить на расчетный счет со следующими реквизитами:

Получатель платежа													
Банк													
ИНН (банка)													
Расчетный счет (банка)													
Кор. Счет (банка)													
БИК													
Филиал													
№ счета получателя*													

*обращаем Ваше внимание - в реквизитах следует указывать рублевый счет

Данные получателя выплаты:

Статус налогоплательщика	<input type="checkbox"/> Резидент РФ	<input type="checkbox"/> Нерезидент РФ
Страна (обязательно к заполнению при указании статуса налогоплательщика «Нерезидент»)		
ИНН / TIN		
СНИЛС (при наличии)		

Дата рождения день <input type="text"/> <input type="text"/> месяц <input type="text"/> <input type="text"/> год <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Место рождения
Документ, удостоверяющий личность Вид документа: _____	Кем выдан
Серия <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> № <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Дата выдачи: день <input type="text"/> <input type="text"/> месяц <input type="text"/> <input type="text"/> год <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Код подразделения <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Адрес регистрации Индекс <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Адрес
Адрес местонахождения Индекс <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Адрес
Отношение Получателя выплаты к Страхователю по договору (указать родственную связь)	

Я подтверждаю, что я не являюсь гражданином США, лицом, имеющим вид на жительство в США, налоговым резидентом либо налогоплательщиком США, а также, что в отношении меня отсутствуют любые иные основания для распространения на меня законодательства США о налогообложении иностранных счетов. Я не являюсь публичным должностным лицом/его близким родственником.

Согласен на обработку Страховщику (ООО «РСХБ – Страхование жизни», г. Москва, Гагаринский переулок, д.3, эт.1, пом. II, комн.18) сведений, указанных в настоящем Заявлении (а также иных персональных сведений, получаемых Страховщиком при исполнении настоящего Заявления), способами, установленными законом, с целью исполнения Заявления, а также информирования Страхователя о программах страхования, о сроке действия Договора (полиса) и иными целями. Срок обработки персональных сведений - 6 лет с момента полного исполнения обязательств Страховщиком по Договору страхования. Согласие может быть отозвано субъектом персональных данных путем направления Страховщику письменного заявления.

К заявлению прилагаю:

1. Копия документа, удостоверяющего личность (например, паспорт заявителя (разворот с фотографией и разворот с местом жительства) (обязательно при направлении документов по почте, в случае личного обращения обязательно предъявление паспорта для идентификации заявителя)

2. _____

3. _____

(подпись)

« _____ » _____ 20____ г.
(дата)

При возникновении вопросов по заполнению данного Заявления Вы можете обратиться в ООО «РСХБ–Страхование жизни», г. Москва, Гагаринский переулок, д.3, тел. +7 (495) 745-9955. Режим работы: понедельник-четверг: с 9.00 до 18.00, пятница: с 9.00 до 16.45.