

ЗАЯВЛЕНИЕ
на страховую выплату по страховому риску «Дожитие» по Договору страхования
 № _____ от _____ г.

Прошу произвести страховую выплату в связи с наступлением страхового события «Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования»:

ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО:
Ф. И. О. (полностью): _____ Паспортные данные: _____ Дата рождения: _____ Контактный телефон: _____ e-mail: _____ Я даю свое согласие Страховщику на отправку мне СМС или сообщений по электронной почте с информацией о статусе рассмотрения данного заявления на страховую выплату.
ДАТА ОКОНЧАНИЯ СРОКА СТРАХОВАНИЯ
СТРАХОВАЯ СУММА, УКАЗАННАЯ В ДОГОВОРЕ СТРАХОВАНИЯ
ОСНОВАНИЕ К ВЫПЛАТЕ (к заявлению прилагаются следующие документы, подтверждающие факт Дожития Застрахованного лица до окончания срока страхования и право Выгодоприобретателя на получение страховой выплаты):
ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ЛИЧНОСТИ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА (при личном посещении офиса Страховщика или ПАО РОСБАНК)
Удостоверение факта дожития Застрахованного лица Страховщиком: Настоящим подтверждаю, что Застрахованное лицо (указать полностью Ф. И. О. Застрахованного лица, паспортные данные, дату рождения) _____ лично явилось в офис Страховщика. Настоящим подтверждаю, что копия паспорта Застрахованного лица сделана с оригинала паспорта, предоставленного Застрахованным лицом при личной явке в офис. Ф. И. О. сотрудника Страховщика: _____ Дата _____ Подпись сотрудника Страховщика _____
Удостоверение факта дожития Застрахованного лица представителем ПАО РОСБАНК: Настоящим подтверждаю, что Застрахованное лицо (указать полностью Ф. И. О. Застрахованного лица, паспортные данные, дату рождения) _____ лично явилось в офис ПАО РОСБАНК. Настоящим подтверждаю, что копия паспорта Застрахованного лица сделана с оригинала паспорта, предоставленного Застрахованным лицом при личной явке в офис. Ф. И. О. сотрудника ПАО РОСБАНК: _____ Дата _____ Подпись сотрудника ПАО РОСБАНК _____
М.П.

СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА	
Получатель страховой выплаты - Выгодоприобретатель (указать Ф. И. О. / название юрлица):	
РЕКВИЗИТЫ (указать реквизиты для перечисления страховой выплаты, все поля обязательные):	
Наименование Банка получателя	
Корреспондентский счет Банка получателя	
БИК Банка получателя	
КПП (только для юрлиц)	
ИНН (только для юрлиц)	
№ лицевого счета получателя (20 или 22 знака в зависимости от того, где открыт счет)	

 Подпись Заявителя

 Фамилия, инициалы Заявителя
 " _____ " _____ 20__ г.

ДАННЫЕ ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ (заполняется, если он не является Застрахованным лицом)

Ф. И. О. (полностью): _____
 Дата рождения: _____ Место рождения: _____ Гражданство: _____
 Документ, удостоверяющий личность: _____
наименование, серия, номер, кем выдан, когда выдан

Адрес регистрации: _____
индекс, город, улица, дом, корпус/строение, квартира

Адрес фактический: _____
индекс, город, улица, дом, корпус/строение, квартира

Контактный телефон: _____ e-mail: _____
 Я даю свое согласие Страховщику на отправку мне СМС или сообщений по электронной почте с информацией о статусе рассмотрения данного заявления на страховую выплату.
 Данные миграционной карты (для иностранных граждан): _____

серия, номер, дата начала и дата окончания срока пребывания
 Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ _____
наименование, серия, номер, кем выдан, когда выдан

Является ли Выгодоприобретатель публичным должностным лицом (ПДЛ)*, супругом ПДЛ, близким родственником ПДЛ?
 ДА НЕТ

ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ / ПРЕДСТАВИТЕЛЯ (заполняется, если он не является Выгодоприобретателем и действует от его имени и в его интересах)

Ф. И. О. (полностью): _____
 Дата рождения: _____ Место рождения: _____ Гражданство: _____
 Документ, удостоверяющий личность: _____
наименование, серия, номер, кем выдан, когда выдан

Адрес регистрации: _____
индекс, город, улица, дом, корпус/строение, квартира

Адрес фактический: _____
индекс, город, улица, дом, корпус/строение, квартира

Контактный телефон: _____ e-mail _____
 Я даю свое согласие Страховщику на отправку мне СМС или сообщений по электронной почте с информацией о статусе рассмотрения данного заявления на страховую выплату.
 Данные миграционной карты (для иностранных граждан): _____

серия, номер, дата начала и дата окончания срока пребывания
 Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ _____
наименование, серия, номер, кем выдан, когда выдан

Является ли Заявитель/Представитель публичным должностным лицом (ПДЛ)*, супругом ПДЛ, близким родственником ПДЛ?
 ДА НЕТ

Наименование, номер, дата выдачи документа, подтверждающего полномочия Заявителя/Представителя:

В случае если персональные данные Застрахованного лица изменились с момента оформления договора страхования, необходимо дополнительно заполнить Уведомление об изменении данных, содержащихся в Договоре страхования.

▪ Я даю своё согласие Страховщику поручить обработку моих персональных данных (с учетом того, что применимо) ПАО РОСБАНК, юридический адрес – 107078, г. Москва, ул. Маши Порываевой, д.34 (далее – Банк), ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование», юридический адрес - 105064, Российская Федерация, город Москва, улица Земляной Вал, дом 9, эт. 6, пом. 1, ком. 1-6, ООО «ОСГ Рекордс Менеджмент Центр», юридический адрес – 127083, г. Москва, ул. Восьмого Марта д.14, стр.1, а также иным обработчикам (далее – «Обработчики»). При этом к иным обработчикам относятся любые третьи лица, осуществляющие обработку ПДн Страхователя/Застрахованного по поручению Страховщика на основании заключенных с этими лицами договоров/соглашений (агентские, возмездного оказания услуг, о взаимном сотрудничестве, обеспечении конфиденциальности и безопасности и др.) в связи с предоставлением услуг, согласно условиям Договора страхования.

▪ Я даю согласие на предоставление моих ПДн Обработчикам, а также иным третьим лицам, круг которых ограничен и определен опосредовано как лица, с которыми Страховщик вправе взаимодействовать в связи с

исполнением Договора страхования. В частности, я согласен на получение Страховщиком сведений и/или документов, содержащих мои ПДн: в любых государственных органах и органах местного самоуправления, у юридических и физических лиц, в прокуратуре и иных правоохранительных органах, органах ЗАГС (иных компетентных органах), которым Страховщик вправе направлять запросы о предоставлении сведений/документов в соответствии с Договором страхования, Правилами страхования или законодательством РФ.

Перечень действий, на осуществление которых дается согласие, и общее описание способов обработки: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, как с использованием средств автоматизации (в т.ч. программного обеспечения), так и без их использования (на материальных, в т.ч. бумажных, носителях).

Перечень ПДн, на обработку которых дается согласие (с учетом того, что применимо): ФИО, пол, дата рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем и когда выдан и др.), ИНН (при наличии), контактная информация (адрес места жительства, фактический адрес, номер телефона, адрес электронной почты), данные миграционной карты, данные документа, подтверждающего право на проживание/пребывание в РФ, сведения о наличии или отсутствии статуса иностранного публичного должностного лица, дата начала и дата окончания срока пребывания, платежные реквизиты, иные персональные данные, содержащиеся в Договоре страхования и/или других документах, которые переданы/будут переданы Страховщику в связи с оказанием услуг, согласно условиям Договора страхования, а также данные, которые обрабатываются с моих слов.

Согласие на обработку моих ПДн Страховщиком и Обработчиками действует в течение срока действия Договора страхования, и ещё пять лет после его прекращения, а также истечения срока, необходимого для выполнения положений нормативных правовых актов РФ. Обрабатываемые ПДн подлежат хранению в течение срока действия согласия, если иное не установлено законодательством РФ. Согласие может быть отозвано посредством направления письменного уведомления Страховщику.

* Понятие «публичное должностное лицо» включает в себя категории: иностранное публичное должностное лицо (т.е. любых назначаемых или избираемых лиц, занимающих какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства, и любых лиц, выполняющих какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в т.ч. для публичного ведомства или государственного предприятия); должностное лицо публичной международной организации (т.е. международных гражданских служащих или любых лиц, которые уполномочены действовать от имени международной организации); а также российское публичное должностное лицо (т.е. лицо, замещающее/занимающее 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 РФ или Правительством РФ, должности в Центральном Банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ).

ОПРОСНИК ДЛЯ КЛИЕНТОВ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ В ЦЕЛЯХ FATCA

Уважаемый клиент! В целях реализации требований Федерального закона от 28/06/2014 173-ФЗ и законодательства США о налогообложении иностранных счетов (Foreign account tax compliance act, FATCA) ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни» обращается к Вам с просьбой

- заполнить все пункты данного Опросника по порядку, если только в комментариях к ним не указано иное
- если ответ на вопрос предполагает предоставление дополнительных документов или указание сведений, приложить все запрошенные документы в оригинале или должным образом заверенной копии и/или указать сведения в полном объеме

Просим предоставить документы и сведения в 30-дневный срок.

В случае невозможности предоставления запрашиваемой информации и документов в установленные сроки просим незамедлительно обратиться в Компанию для согласования индивидуальных сроков. Просим обратить внимание, что срок для предоставления документов не может превышать 90 дней с даты первичного запроса.

Информируем Вас, что в соответствии с законодательством РФ в случае непредоставления Вами запрошенных документов и сведений в установленные сроки Компания имеет законное право отклонить ваши транзакции с возможностью последующего расторжения договора страхования

Дата заполнения				.		.						
1.	Фамилия		_____									
2.	Имя		_____									
3.	Отчество (при наличии)		_____									
4.	Дата рождения				.			.				
5.	Являетесь ли Вы гражданином США (в том числе, при наличии двух или более гражданств)?										<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
	При ответе «да» перейдите к пункту 11											
6.	Имеется ли у Вас в настоящий момент или имелся ли ранее вид на жительство в США (форма I 551 "Green Card")										<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
	При ответе «да» перейдите к пункту 11											
7.	Является ли местом Вашего рождения территория США?										<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
	При ответе «да»:		7.1.	Вы отказались от гражданства/ вида на жительство в США?							<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
			При ответе «нет» ответ на вопрос 5 должен быть «да». Пожалуйста, удостоверьтесь и перейдите к пункту 11									
			При ответе «да» предоставьте:									
			•	копию свидетельства, подтверждающего отказ от гражданства США (Certificate of Loss of Nationality of the United States, form DS 4083)							<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
			•	копию отказа от статуса постоянного жителя США (Record of Abandonment of Lawful Permanent Resident Status, form USCIS I-407)							<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
			•	иной документ-основание/заявление, подтверждающие отсутствие гражданства США							<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
8.	Соответствуете ли Вы критериям долгосрочного пребывания в США?										<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
	(Физическое лицо признается налоговым резидентом США по основанию «долгосрочного пребывания», если оно находилось на территории США не менее 31 дня в течение текущего календарного года и не менее 183 дней в течение 3-х лет, включая текущий год и два непосредственно предшествующих года. При этом сумма дней, в течение которых физическое лицо присутствовало на территории США в текущем году, а также двух предшествующих годах, умножается на установленный коэффициент: коэффициент для текущего года равен 1 (т.е. учитываются все дни, проведенные в США в текущем году); коэффициент предшествующего года равен – 1/3; коэффициент позапрошлого года равен - 1/6. Налоговыми резидентами США не признаются учителя, студенты, стажеры, временно присутствующие на территории США на основании виз F, J, M, Q.)											
9.	Имеется ли у Вас адрес проживания или почтовый адрес в США?										<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
10.	Имеете ли вы основной номер контактного телефона на территории США?										<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
11.	Подтвердите: Вы являетесь налоговым резидентом США?										<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
	При ответе «да» укажите следующую информацию/ предоставьте сведения:											
	• Я являюсь	Да <input type="checkbox"/>	я являюсь гражданином США							Удостоверьтесь в ответе «да» на вопрос №5		

Подпись Заявителя

Фамилия, инициалы Заявителя

" _____ " _____ 20__ г.

налоговым резидентом США	Да <input type="checkbox"/> ,	у меня имеется разрешение на постоянное пребывание/вид на жительство в США	Удостоверьтесь в ответе «да» на вопрос №6	
	Да <input type="checkbox"/> ,	я соответствую критериям долгосрочного пребывания	Удостоверьтесь в ответе «да» на вопрос №8	
<ul style="list-style-type: none"> Являясь налоговым резидентом США, я предоставляю 	Да <input type="checkbox"/> ,	SSN (Social Security Number – Номер социального страхования США)	_____	
		и(ли)		
	Да <input type="checkbox"/> ,	ITIN (individual Taxpayer Identification Number – индивидуальный идентификационный номер налогоплательщика США)	_____	
Да <input type="checkbox"/> ,		ФИО на английском языке в соответствии с документом, удостоверяющим личность	_____ _____	
<ul style="list-style-type: none"> Являясь налоговым резидентом США, я 	выражаю свое согласие на передачу информации в соответствии с требованиями законодательства РФ и FATCA в налоговые органы США и уполномоченные органы РФ.		<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
	Я проинформирован(а), что в случае моего отказа ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни» имеет право на отказ в проведении операций			

Гарантии и заверения.

<input type="checkbox"/> Да,	я подтверждаю, что информация, указанная в настоящей форме, является достоверной, и я не возражаю против дополнительной проверки
<input type="checkbox"/> Да,	я понимаю, что предоставление ложных, противоречивых или заведомо недостоверных сведений о себе может повлечь ответственность и применение мер в соответствии с применимым законодательством, в том числе, отказ в проведении операций и расторжение договора.
<input type="checkbox"/> Да,	я обязуюсь, в случае изменения любых сведений, указанных в настоящей форме, предоставить обновленную информацию в ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни» не позднее 30 календарных дней с момента изменения сведений.

Подпись/Signature	ФИО/name	«	»	20
-------------------	----------	---	---	----

ОПРОСНИК ПУБЛИЧНОГО ДОЛЖНОСТНОГО ЛИЦА

ФИО		
В случае, если Вы являетесь российским публичным должностным лицом (РПДЛ), укажите категорию занимаемой (замещаемой) должности:	<input type="checkbox"/> государственные должности РФ, <input type="checkbox"/> должности членов Совета директоров Центрального банка РФ, <input type="checkbox"/> должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, <input type="checkbox"/> должности в Центральном банке РФ, должности государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ.	
В случае, если Вы являетесь иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), укажите категорию занимаемой должности:	<input type="checkbox"/> глава государства (в т.ч. правящие королевские династии) или правительства; <input type="checkbox"/> министр, их заместитель и помощник; <input type="checkbox"/> высший правительственный чиновник; <input type="checkbox"/> должностное лицо судебных органов власти «последней инстанции» (Верховный, Конституционный суд), на решение которых не подается апелляция; <input type="checkbox"/> государственный прокурор и его заместитель; <input type="checkbox"/> высший военный чиновник; <input type="checkbox"/> руководитель и член Советов директоров Национального Банка; <input type="checkbox"/> посол; <input type="checkbox"/> руководитель государственных корпораций; <input type="checkbox"/> член Парламента или иного законодательного органа; <input type="checkbox"/> руководитель, заместитель руководителей международных организаций <input type="checkbox"/> член Парламента или иного законодательного органа. <input type="checkbox"/> член ООН, ОЭСР, ОПЕК, Олимпийского комитета, Всемирного Банка, член Европарламента и др.; <input type="checkbox"/> член международных судебных организаций – Суд по правам человека, Гаагский трибунал и другие.	
В случае если Вы являетесь должностным лицом публичной международной организации (МПДЛ), укажите принадлежность к соответствующей международной организации:	<input type="checkbox"/> региональные публичные организации – Совет Европы, институт Европейского Союза, Организации по безопасности и сотрудничеству в Европе и Организации американских государств и др.); <input type="checkbox"/> военные международные организации – НАТО и др.; <input type="checkbox"/> экономические организации – Всемирная торговая организация или АСЕАН и др.; <input type="checkbox"/> иное: _____	
При выборе хотя бы одной из вышеперечисленных категорий, укажите следующие сведения:	Должность: _____ Наименование работодателя: _____ Адрес работодателя: _____	
В случае если Вы являетесь родственником публичного должностного лица, укажите: степень родства ФИО и должность родственника, являющегося публичным должностным лицом	<input type="checkbox"/> Супруг/Супруга <input type="checkbox"/> Отец/Мать <input type="checkbox"/> Сын/Дочь	<input type="checkbox"/> Брат/Сестра (в том числе неполнородные) <input type="checkbox"/> Внук/Внучка <input type="checkbox"/> Иное: _____ ФИО _____ Должность _____
Укажите источники происхождения денежных средств, переводимых (переведенных) Вами в оплату договора страхования, заключенного с ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни»	<input type="checkbox"/> Заработная плата <input type="checkbox"/> Пенсия <input type="checkbox"/> Наследство <input type="checkbox"/> Личные сбережения	<input type="checkbox"/> Процентный доход по вкладам (ценным бумагам) <input type="checkbox"/> Доходы от предпринимательской деятельности <input type="checkbox"/> Иные доходы: _____
Подпись клиента Дата		