

ULIFE

СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ

в АО «СК «Ю-Лайф»

(Ф.И.О. заявителя)

ЗАЯВЛЕНИЕ на страховую выплату (-ы), включая ДИД (при наличии) по договору

№ _____ от « ____ » _____ 20 ____ года.

Я, _____,
(Ф.И.О. заявителя)

прошу произвести страховую выплату, включая ДИД (при наличии), за вычетом НДФЛ (при наличии) по договору страхования в связи с (отметьте нужные варианты):

Дожитием до даты/рентной выплаты, установленных договором

Дожитием до окончания срока страхования

путем (отметьте нужные варианты):

Зачета страховой выплаты

в размере: _____ руб. в счёт уплаты страховой премии по договору страхования:

№ _____ от « ____ » _____ 20 ____ года

Безналичного перечисления страховой выплаты на лицевой счет в банке

Ф.И.О. Получателя _____

Лицевой расчетный счет Получателя _____

БИК банка _____ Наименование банка _____

Данные Получателя

Выгодоприобретатель

Наследник

Представитель

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____

Документ, удостоверяющий личность _____

(наименование)

(серия)

(номер)

(дата выдачи)

(кем выдан, код подразделения)

Адрес регистрации

(адрес, включая почтовый индекс, государство, регион/населенный пункт)

Адрес места пребывания (если отличается от адреса регистрации)

(адрес, включая почтовый индекс, государство, регион/населенный пункт)

Контактные данные

(мобильный телефон)

(адрес электронной почты)

ИНН (TIN) _____

Резидент РФ

Нерезидент РФ

Иное резидентство¹
(укажите страну)

Гражданство РФ

Гражданство отсутствует

Иное гражданство¹
(укажите страну)



Дополнительно для иностранных граждан и лиц без гражданства

Документ, подтверждающий право на пребывание/проживание в РФ

(наименование)	(серия)	(номер)
дата начала срока действия права на пребывание (проживание)	дата окончания срока действия права на пребывание (проживание)	

Гражданство США Да Нет Налоговый статус налогоплательщика США Да Нет

Идентификационные данные для граждан и налогоплательщиков США

номер соц. страхования (SSN)	ID
ИНН (TIN)	

Я даю свое согласие на предоставление данных и информации о моем доходе в иностранный налоговый орган и (или) иностранным налоговым агентам Да Нет

Подтверждаю, что я не являюсь должностным лицом публичных международных организаций, а также лицом замещающим (занимающим) государственную должность РФ, должность членов Совета директоров Центрального банка РФ, должность федеральной государственной службы, назначение на которую и освобождение от которой осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должность в Центральном банке РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенную в перечни должностей, определяемые Президентом РФ (публичные должностные лица, далее – ПДЛ):

Да Нет (если "Нет" заполните поля ниже)

Должность _____ Наименование работодателя _____

Адрес работодателя _____

Подтверждаю, что я не являюсь иностранным публичным должностным лицом, 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 (если "Нет" заполните поля ниже)

Подробнее _____

Подтверждаю, что все сведения, предоставленные мной или от моего имени в настоящем Заявлении, иных документах являются правдивыми, достоверными и содержащими полную информацию, включая ту, которая, по моему мнению, может являться существенной.

Реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя

Наименование _____
Номер документа _____ Дата выдачи _____ Срок действия _____

Не забудьте приложить к заявлению:

1. Копию паспорта (2,3 страница, страница с регистрацией)
2. Страховой полис
3. Банковские реквизиты получателя
4. Документ, подтверждающий родство (при необходимости)
5. Анкета представителя, когда Заявитель не равен Получателю

Заявитель _____
(Ф.И.О.) (подпись заявителя) (дата)



Приложение

к заявлению на страховую выплату (-ы), включая ДИД (при наличии)

по договору страхования № _____ от _____

Анкета законного представителя/представителя по доверенности

Данные законного представителя/представителя по доверенности

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____

Документ, удостоверяющий личность _____
(наименование) (серия) (номер) (дата выдачи)

(кем выдан, код подразделения)

Адрес регистрации

(адрес, включая почтовый индекс, государство, регион/населенный пункт)

Адрес места пребывания (если отличается от адреса регистрации)

(адрес, включая почтовый индекс, государство, регион/населенный пункт)

Контактные данные

(мобильный телефон)

(адрес электронной почты)

Действую от имени Выгодоприобретателя/Наследника:

Фамилия, имя, отчество: _____

Дата рождения: _____
(число, месяц, год)

Реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя

Наименование _____

Номер документа _____ Дата выдачи _____ Срок действия _____

Приложение:

- Копия документа, удостоверяющего личность Представителя (для паспорта гражданина РФ: 2-3 страница, страница с адресом регистрации, страница со сведениями о ранее выданном паспорте).
- Документ, подтверждающий полномочия представителя (оригинал либо нотариально заверенная копия).

Подтверждаю достоверность сведений, указанных в Заявлении и приложенных документах. В случае их изменения обязуюсь в течение 10 рабочих дней с даты изменений уведомить АО «СК «Ю-Лайф».

(дата подписания)

(подпись заявителя)

(расшифровка подписи)



СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю АО «СК «Ю-Лайф» (ОГРН 1068601000335, ИНН 8601027509), зарегистрированному по адресу: Москва, ул. Береговой проезд, д.5а, корпус 1, офис 20/1/1, БЦ «Фили-Град» (далее – оператор) согласие на обработку своих персональных данных в целях осуществления страховой выплаты по договору страхования.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: фамилия, имя, отчество; дата и место рождения; адрес регистрации; адрес места пребывания; гражданство; страна резидентства; контактная информация (телефон мобильный, адрес электронной почты); сведения, содержащиеся в документе, удостоверяющем личность (серия и номер, кем и когда выдан, код подразделения); реквизиты документа, подтверждающего право на пребывание/проживание в РФ (серия и номер, дата начала и окончания срока действия); SSN и TIN; сведения об отношении к лицу, которому положена страховая выплата; дата и номер доверенности или иного документа, являющегося основанием для представления интересов; банковские реквизиты (номер лицевого счета, наименование банка, БИК банка); размер страховой выплаты; наименование и адрес работодателя, занимаемая должность; другие данные, переданные мной в процессе осуществления страховой выплаты.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Обработка вышеуказанных персональных данных будет осуществляться путем смешанной (автоматизированной, не автоматизированной) обработки персональных данных.

В целях осуществления страховой выплаты по договору страхования, я даю согласие на передачу (предоставление, доступ) и поручение обработки моих указанных выше персональных данных следующим организациям (контрагентам оператора):

— ООО «5-55 Управление ИТ-Сервисами», 115280, г. Москва, ул. Ленинская Слобода, д. 19, этаж 1 ком. 41х1д/офис ббв (предоставление оператору средств обработки информации по договору);

— ООО «ОСГ РЕКОРДЗ МЕНЕДЖМЕНТ ЦЕНТР», 127083, г. Москва, ул. 8 Марта, д. 14, стр. 1 (предоставление оператору услуг по архивному хранению документации по договору);

(наименование ЮЛ-агента/адрес ЮЛ-агента)

Срок, в течение которого действует согласие на обработку персональных данных, а также способ его отзыва, если иное не установлено федеральным законом:

Настоящее согласие на обработку персональных данных действует с момента его представления оператору до полного исполнения обязательств по договору, а также в течение срока, установленного законодательством и (или) номенклатурой дел оператора, после его прекращения.

Я уведомлен(а), что настоящее согласие может быть отозвано путем направления/предоставления письменного уведомления при условии установления личности. Обработка персональных данных будет прекращена оператором в течение тридцати календарных дней от даты получения отзыва, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации, когда оператор вправе и/или обязан не прекращать обработку персональных данных и не уничтожать их.

Я подтверждаю, что ознакомлен(-а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области.

Я подтверждаю, что в случае предоставления персональных данных третьих лиц, я уведомил их об этом и предоставляю персональные данные с их согласия.

от « ____ » _____ 20 ____ года

(подпись)

(Ф.И.О.)