

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

Страховой полис/Договор от г.

ЗАЯВИТЕЛЬ ЯВЛЯЕТСЯ:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Страхователем | <input type="checkbox"/> Законным представителем Страхователя* |
| <input type="checkbox"/> Застрахованным | <input type="checkbox"/> Наследником Застрахованного |

1. ЗАЯВИТЕЛЬ

Фамилия

Имя

Отчество

Дата рождения: . . г.

СНИЛС (при наличии):

Реквизиты документа, удостоверяющего личность: наименование документа

серия: № дата выдачи: . . г. код подразделения: -

кем выдан:

Место рождения: Страна рождения

Моб. Телефон:

Доп. Телефон:

e-mail:

Адрес места жительства (регистрации) и места пребывания:

Адрес для направления корреспонденции:

Гражданство** (при наличии нескольких указать все): ИНН РФ (при наличии):

Наличие вида на жительство в иностранном государстве: Да Нет Если "да", то указать страну:

Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства: США Да Нет

Другая страна: Да Нет ИНН США: -

ИНН (Другая страна) Указать страну

* Реквизиты документа, подтверждающего полномочия (для Представителей):

(наименование документа, серия, номер, дата выдачи, срок действия)

** Дополнительно для иностранных граждан и лиц без гражданства необходимо предоставить данные миграционной карты:

серия, номер: Дата начала и дата окончания срока пребывания:

Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ:

наименование документа: серия, номер

Дата начала и дата окончания срока действия права пребывания (проживания) в РФ:

2. ЗАСТРАХОВАННЫЙ ПО ДОГОВОРУ

Фамилия (Полностью)	<input type="text"/>
Имя (Полностью)	<input type="text"/>
Отчество (Полностью)	<input type="text"/>
Дата рождения:	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> г.

3. ИНФОРМАЦИЯ О СОБЫТИИ (необходимо отметить хотя бы одно событие)

<input type="checkbox"/>	Дожитие Застрахованного лица до конца срока действия Договора
<input type="checkbox"/>	Смерть Застрахованного лица в течение срока страхования по любой причине/в результате несчастного случая
<input type="checkbox"/>	Полная и постоянная утрата трудоспособности (инвалидность I, II группы) в рамках освобождения от уплаты взносов (если риск включен в договор страхования)
<input type="checkbox"/>	Инвалидность <input type="checkbox"/> 1 группа <input type="checkbox"/> 2 группа <input type="checkbox"/> 3 группа <input type="checkbox"/> категория «ребенок-инвалид»
<input type="checkbox"/>	Смертельно опасное заболевание (СОЗ), если риск включен в Договор страхования
<input type="checkbox"/>	Хирургические операции Застрахованного лица в результате несчастного случая
<input type="checkbox"/>	Телесные повреждения Застрахованного лица в результате несчастного случая
<input type="checkbox"/>	Временная нетрудоспособность Застрахованного лица в результате несчастного случая
<input type="checkbox"/>	Госпитализация Застрахованного лица в результате несчастного случая
Дата события:	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> г.
Обстоятельства наступления события:	
<input type="text"/>	

4. К ЗАЯВЛЕНИЮ О СОБЫТИИ ПРИКЛАДЫВАЮ СЛЕДУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ:

При дожитии Застрахованного лица до окончания срока страхования:	
<input type="checkbox"/>	Страховой полис
<input type="checkbox"/>	Нотариально заверенная копия документа, удостоверяющего личность, или «Свидетельство об удостоверении факта нахождения гражданина в живых» (документ должен быть заверен после даты наступления события) (нужное подчеркнуть)
<input type="checkbox"/>	Иное: указать
При наступлении смерти Застрахованного лица:	
<input type="checkbox"/>	Копия документа, удостоверяющего личность заявителя
<input type="checkbox"/>	Нотариально заверенная копия свидетельства о смерти Застрахованного лица из ЗАГС
<input type="checkbox"/>	Документ, подтверждающий право на получение страховой выплаты (для наследников и законных представителей)
<input type="checkbox"/>	Иное: указать
<input type="checkbox"/>	Иное: указать
При наступлении Инвалидности / Освобождение от уплаты взносов:	
<input type="checkbox"/>	Копия документа, удостоверяющего личность заявителя
<input type="checkbox"/>	Нотариально заверенная копия справки об инвалидности
<input type="checkbox"/>	Иное: указать
<input type="checkbox"/>	Иное: указать

При первичном диагностировании смертельно опасного заболевания:

- Копия документа, удостоверяющего личность заявителя
- Медицинский документ, выданный лечебно-профилактическим учреждением, с указанием диагноза, даты первичного диагностирования заболевания, даты проведения хирургических операций (вмешательств), названия и результатов операций и информацией, позволяющий сделать заключение о причинах проведения оперативного вмешательства. Наиболее распространенными в этой связи документами являются выписка из амбулаторной карты и / или истории болезни (в случае стационарного лечения) Застрахованного лица
- Иное: указать
- Иное: указать

При телесных повреждниях, временной нетрудоспособности, госпитализации, хирургической операции:

- Копия документа, удостоверяющего личность заявителя
- Выписка из амбулаторной карты/история болезни/выписной эпикриз или иной документ, содержащий информацию о событии
- Иное: указать
- Иное: указать

5. Прошу причитающиеся мне денежные средства (обязательно должен быть выбран один из 3-х вариантов порядка выплаты):

<input type="checkbox"/>	Направить в счет уплаты страховых взносов по страховому договору:
	Номер договора _____
	ФИО Страхователя _____
<input type="checkbox"/>	Перевести на счет в банке согласно реквизитам:
<input type="checkbox"/>	на мой личный счет
<input type="checkbox"/>	на счет застрахованного ребенка
Наименование банка:	_____
БИК: _____	ИНН банка: _____
Расчетный счет банка:	_____
Корреспондентский счет:	_____
Лицевой счет Получателя:	_____

В соответствии с Федеральным законом от 07.09.2003 № 124-ФЗ «О персональных данных» Заявитель дает согласие Страховщику на проверку и обработку персональных данных, совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, указанных в настоящем договоре страхования, в целях заключения и исполнения договора страхования, при уступке (передаче) каких-либо прав (обязательств) по нему, в целях предложения Заявителю иных услуг Страховщика. Кроме того, Заявитель дает согласие на обработку его персональных данных третьими лицами, которым Страховщик может поручить такую обработку, в соответствии со списком, размещенным на официальном сайте Страховщика. Указанное согласие действует бессрочно и может быть отозвано путем направления Страховщику письма с указанием данных, определенных ст.14 Федерального закона «О персональных данных».

Заявитель осведомлен, что сообщение ложных, а также неполных сведений по вопросам, сформулированным в данном Заявлении, может являться основанием для признания договора страхования недействительным.

_____	_____	_____
Подпись	ФИО Страхователя/представителя	Дата заполнения

Поля заполняются сотрудником/агентом ООО СК "БКС Страхование жизни"

_____	_____	_____
Подпись	ФИО Сотрудника	Должность