

Страховой полис/договор от ..

ЗАЯВИТЕЛЬ ЯВЛЯЕТСЯ:

- Выгодоприобретателем**
- Представителем Выгодоприобретателя** (например, один из родителей, действующий в интересах несовершеннолетнего Выгодоприобретателя)
При проставлении отметки здесь заполните Приложение «Выгодоприобретатель»
- Иное (указать)**

1. ЗАЯВИТЕЛЬ

Фамилия

Имя Отчество

Дата рождения .. СНИЛС (при наличии)

Реквизиты документа, удостоверяющего личность: наименование документа

серия номер дата выдачи .. код подразделения

кем выдан

Место рождения Страна рождения

Моб. телефон доп. телефон email

Адреса 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 нет да, указать страну:

Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства:

США нет да ИНН США

Другая страна нет да ИНН (Другая страна)

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

серия номер даты начала .. и окончания .. срока пребывания

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

наименование документа серия номер

даты начала .. и окончания .. срока действия права пребывания(проживания) в РФ

2. ЗАСТРАХОВАННЫЙ ПО ДОГОВОРУ

Фамилия

Имя Отчество

Дата рождения ..

Укажите названия медицинских учреждений, в которые Застрахованный по договору обращался за последние 5 лет

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

- Дожитие Застрахованного лица до конца срока действия Договора
- Смерть Застрахованного лица в течение срока страхования по любой причине/в результате несчастного случая
- Полная и постоянная утрата трудоспособности (инвалидность I, II группы) в рамках освобождения от уплаты взносов
- Инвалидность 1-я группа 2-я группа 3-я группа категория «ребенок-инвалид»
- Критические заболевания
- Травматические повреждения Застрахованного лица в результате несчастного случая
- Госпитализация Застрахованного лица / Временная утрата трудоспособности / Недобровольная потеря работы

Дата события ..

Обстоятельства наступления события:

4. К ЗАЯВЛЕНИЮ О СОБЫТИИ ПРИКЛАДЫВАЮ СЛЕДУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ:**При дожитии Застрахованного лица до окончания срока страхования:**

- Страховой полис (копия)
- 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)
- Иное: _____

При наступлении смерти Застрахованного лица:

- Копия документа, удостоверяющего личность заявителя
- Нотариально заверенная копия свидетельства о смерти Застрахованного лица из ЗАГС
- Документ, подтверждающий право на получение страховой выплаты (для наследников и законных представителей)
- Иное: _____

При наступлении Инвалидности / Освобождение от уплаты взносов:

- Копия документа, удостоверяющего личность заявителя
- Нотариально заверенная копия справки об инвалидности
- Иное: _____

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 информации, позволяющей 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: _____

При травматических повреждениях, 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: _____

При дожитии до события недобровольная потеря работы:

- Копия документа, удостоверяющего личность заявителя
- Документы, подтверждающие факт заключения и прекращения/расторжения трудового договора (например, прекращённый/расторгнутый трудовой договор с последнего места работы (со всеми дополнительными соглашениями), решение суда, вступившее в законную силу при наличии трудового спора и решении его в судебном порядке
- Иное: _____

5. ПРОШУ ПРИЧИТАЮЩИЕСЯ МНЕ ДЕНЕЖНЫЕ СРЕДСТВА:**Перевести на счет в банке согласно реквизитам:** на мой личный счет на счет застрахованного ребенка

Наименование банка	_____	БИК	_____
ИНН банка	_____	Расчетный счет банка	_____
Корреспондентский счет	_____	Лицевой счет получателя	_____

Подписывая настоящее Заявление на получение страховой выплаты Заявитель, выражает своё согласие на предоставление ООО СК «БКС страхование жизни» (далее – «Страховщик») федеральными государственными учреждениями МСЭ, Фондами обязательного медицинского страхования (в т.ч. территориальными), работодателем, любыми лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения и / или частными врачами, у которых Застрахованное лицо проходило лечение, находится или находилось под наблюдением, сведений о факте обращения Застрахованного лица за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, любых сведений, полученных при медицинском обследовании и лечении. При этом Заявитель уполномочивает Страховщика на получение сведений, составляющих врачебную тайну (ч. 3 ст. 13 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), в любом виде и в любой форме (в т.ч. на получение справок, актов, заключений, результатов обследования). Заявитель разрешает Страховщику использовать эту информацию при решении вопросов, связанных со страховой услугой.

Подпись _____ (_____) Дата _____
ФИО Страхователя / Представителя

Поля заполняются сотрудником/агентом ООО СК «БКС Страхование жизни»

Подпись _____ (_____) Дата _____
фио сотрудника/агента

ВАЖНО!

Декларация Заявителя заполняется в обязательном порядке, если лицо, заполняющее и подписывающее Заявление, не является Застрахованным лицом.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ (продолжение Заявления)

Подписывая настоящее Заявление, Заявитель подтверждает следующее:

- Заявитель не является публичным должностным лицом (в том числе: иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность РФ, должность члена Совета Директоров ЦБ РФ, должность федеральной государственной службы, назначение и освобождение от которой осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должность в ЦБ РФ, государственной корпорации и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включённую в перечни должностей, определяемых Президентом РФ), а также супругом (-ой) и / или родственником такого публичного должностного лица. В ином случае Заявитель обязуется предоставить подтверждающие вышеназванные данные документы и / или сведения (в т.ч. об адресе работодателя, степени родства либо статусе по отношению к публичному должностному лицу (с учётом того, что применимо)).
- Заявитель (Выгодоприобретатель) подтверждает согласие на обработку информации, идентифицирующей Заявителя (Выгодоприобретателя) в качестве иностранного налогоплательщика.
- Заявитель имеет положительную деловую репутацию, стабильное финансовое положение, источники происхождения его денежных средств законны.
- Целью установления им деловых отношений со Страховщиком является получение страховой услуги.
- Заявитель подтверждает, что вся указанная в Заявлении (в т.ч. приложениях к Заявлению) информация является полной и достоверной.

Отметить при несогласии: не согласен

Подпись _____ (_____) Дата ..

ФИО Заявителя

ВАЖНО!

Заполняется в обязательном порядке, если Заявление заполняет и подписывает Представитель вместо Выгодоприобретателя.

ВЫГОДОПРИБОРИТЕТЕЛЬ (продолжение Заявления)

Фамилия

Имя Отчество

Дата рождения .. СНИЛС (при наличии)

Реквизиты документа, удостоверяющего личность: наименование документа

серия номер дата выдачи .. код подразделения

кем выдан

Место рождения Страна рождения

Моб. телефон доп. телефон email

Адреса 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 нет да, указать страну:

Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства:

США нет да ИНН США

Другая страна нет да ИНН (Другая страна)

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 даты начала .. и окончания .. срока пребывания

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

наименование документа серия номер

даты начала .. и окончания .. срока действия права пребывания(проживания) в РФ

Подпись _____ (_____) Дата ..

ФИО Заявителя