

Договор страхования от

ЗАЯВИТЕЛЬ ЯВЛЯЕТСЯ:

- Выгодоприобретателем
- Представителем Выгодоприобретателя
(один из родителей, действующий в интересах несовершеннолетнего Выгодоприобретателя / Представитель по доверенности).
При проставлении отметки здесь заполните Приложение «Выгодоприобретатель»
- Иное (указать)

1. ЗАЯВИТЕЛЬ

Фамилия дата рождения
Имя Отчество
ИНН РФ СНИЛС (при наличии)
Контактный телефон Email

ДАННЫЕ ДОКУМЕНТА, УДОСТОВЕРЯЮЩЕГО ЛИЧНОСТЬ

Наименование документа серия номер дата выдачи
кем выдан код подразделения

АДРЕС ПОСТОЯННОЙ РЕГИСТРАЦИИ

Индекс адрес

АДРЕС ФАКТИЧЕСКОГО ПРОЖИВАНИЯ / ПОЧТОВЫЙ АДРЕС

Совпадает с адресом постоянной регистрации

Индекс адрес

Гражданство (при наличии нескольких указать все)

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)

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

Наименование документа серия номер

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

**ДОПОЛНИТЕЛЬНО ДЛЯ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН И ЛИЦ БЕЗ ГРАЖДАНСТВА НЕОБХОДИМО
ПРЕДОСТАВИТЬ ДАННЫЕ МИГРАЦИОННОЙ КАРТЫ (заполняется в случае отсутствия иных документов,
подтверждающих право на пребывание в РФ):**

Серия номер даты начала и окончания срока пребывания

2. ЗАСТРАХОВАННЫЙ ПО ДОГОВОРУ

Фамилия Васечкин Пётр Михайлович
Имя Отчество дата рождения 01 01 1940

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

ГБУЗ №1 по г. Москве

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

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

Дата события 15 12 2022
Обстоятельства наступления события: Смерть в результате сердечно-сосудистого заболевания

4. К ЗАЯВЛЕНИЮ О СОБЫТИИ ПРИКЛАДЫВАЮ СЛЕДУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ

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: Справка о смерти, Копия паспорта наследника по закону, Доверенность от наследника по закону

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 информацией, позволяющей сделать заключение о причинах проведения оперативного вмешательства. Наиболее распространёнными 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 заявлении события по риску «Временная нетрудоспособность» укажите информацию о текущем месте работы:

Наименование работодателя Дата приёма на работу

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))
- Иное: _____

5. ПРОШУ ПРИЧИТАЮЩИЕСЯ МНЕ ДЕНЕЖНЫЕ СРЕДСТВА

- на мой личный счёт на счёт застрахованного ребёнка на счёт выгодоприобретателя

Перевести на счёт в банке согласно реквизитам:

Наименование банка	БКС банк		
Получатель платежа	Васечкина Лариса Ивановна		
Номер счёта	1234 1234 1234 1234 1234		
Корреспондентский счёт	1234 1234 1234 1234 1234		
БИК банка	123123123	ИНН банка	1234512345

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, находилось 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 _____ (_____) **ПОДПИСАТЬ ЗДЕСЬ** дата 10 . 01 . 2023
ФИО Заявителя

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), а также супругом (-ой) и / или близким 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.
- Целью установления и предполагаемым характером 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.
- Заявитель, действуя своей волей и в своём интересе, предоставляет Обществу с ограниченной ответственностью Страховая компания «БКС Страхование жизни» (далее – Компания, Оператор) (ОГРН: 5177746400607, место нахождения: 129110, г. Москва, проспект Мира, д. 69, стр. 1, этаж 9, помещ. XV, ком. 1) право (согласие) на обработку своих персональных данных, указанных в Заявлении, на получение страховой выплаты любыми способами, установленными законодательством РФ в целях исполнения настоящего Заявления. Настоящее право (согласие) действует до достижения всех указанных целей обработки персональных данных за исключением случаев, когда более длительный срок их обработки предусмотрен действующим законодательством РФ.

Отметить при несогласии: не согласен

Подпись _____ (_____) **ПОДПИСАТЬ ЗДЕСЬ** дата 10 . 01 . 2023
ФИО Заявителя

ПОЛЯ ЗАПОЛНЯЮТСЯ СОТРУДНИКОМ/АГЕНТОМ ООО СК «БКС СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ»

Подпись _____ (_____) дата _____ . _____ . _____
ФИО сотрудника/агента

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

ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ (продолжение Заявления)

Фамилия Имя Отчество	Васечкина Лариса Ивановна	дата рождения	01	01	1945
ИНН	567856785678	СНИЛС (при наличии)	456-456-456 45		
Контактный телефон	8 (916) 555-55-55	Email	beispiel@mail.ru		

ДАННЫЕ ДОКУМЕНТА, УДОСТОВЕРЯЮЩЕГО ЛИЧНОСТЬ

Наименование документа	Паспорт гражданина РФ	серия	4444	номер	456 456	дата выдачи	01	01	2010
кем выдан	ТП №1 ОУФМС России...					код подразделения	456-456		

АДРЕС ПОСТОЯННОЙ РЕГИСТРАЦИИ

Индекс		адрес	
--------	--	-------	--

АДРЕС ФАКТИЧЕСКОГО ПРОЖИВАНИЯ / ПОЧТОВЫЙ АДРЕС

Совпадает с адресом постоянной регистрации

Индекс	123456	адрес	г. Москва, ул. Московская, д. 1, корп. 2, кв. 3
--------	--------	-------	---

Гражданство (при наличии нескольких указать все)

Наличие вида на жительство в иностранном государстве нет да, указать страну

СВЕДЕНИЯ О НАЛИЧИИ СТАТУСА НАЛОГОВОГО РЕЗИДЕНТА ИНОСТРАННОГО ГОСУДАРСТВА

США	<input checked="" type="radio"/> нет <input type="radio"/> да	ИНН США	
Другая страна	<input checked="" type="radio"/> нет <input type="radio"/> да	ИНН (другая страна)	

РЕКВИЗИТЫ ДОКУМЕНТА, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕГО ПОЛНОМОЧИЯ (для представителей)

Доверенность №... от ... г.	
(наименование документа, серия, номер, дата выдачи, срок действия)	

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

Наименование документа		серия		номер	
даты начала		и окончания		срока действия права пребывания (проживания) в РФ	

ДОПОЛНИТЕЛЬНО ДЛЯ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН И ЛИЦ БЕЗ ГРАЖДАНСТВА НЕОБХОДИМО ПРЕДОСТАВИТЬ ДАННЫЕ МИГРАЦИОННОЙ КАРТЫ (заполняется в случае отсутствия иных документов, подтверждающих право на пребывание в РФ):

Серия		номер		даты начала		и окончания		срока пребывания	
-------	--	-------	--	-------------	--	-------------	--	------------------	--

Подпись _____	 ПОДПИСАТЬ ЗДЕСЬ	дата	10	01	2023
(_____) ФИО Заявителя					

ДЕКЛАРАЦИЯ ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ (продолжение Заявления)

Подписывая настоящее Заявление, Заявитель подтверждает следующее:

- Выгодоприобретатель не является публичным должностным лицом (в том числе: иностранным публичным должностным лицом), а также супругом (-ой) и / или близким родственником такого публичного должностного лица. В ином случае Заявитель/ Выгодоприобретатель 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 подтверждает согласие на обработку информации, идентифицирующей Выгодоприобретателя в качестве иностранного налогоплательщика.
- Выгодоприобретатель имеет положительную деловую репутацию, стабильное финансовое положение.
- Целью установления и предполагаемым характером деловых отношений со Страховщиком является получение страховой услуги.
- Заявитель подтверждает, что вся указанная в Заявлении (в т.ч. приложениях к Заявлению) информация является полной.
- Заявитель, действуя своей волей и в своём интересе, предоставляет Обществу с ограниченной ответственностью Страховая компания «БКС Страхование жизни» (далее – Компания, Оператор) (ОГРН: 5177746400607, место нахождения: 129110, г. Москва, проспект Мира, д. 69, стр. 1, этаж 9, помещ. XV, ком. 1) право (согласие) на обработку своих персональных данных, указанных в Заявлении, на получение страховой выплаты любыми способами, установленными законодательством РФ в целях исполнения настоящего Заявления. Настоящее право (согласие) действует до достижения всех указанных целей обработки персональных данных за исключением случаев, когда более длительный срок их обработки предусмотрен действующим законодательством РФ.

Отметить при несогласии: не согласен

Подпись _____

(_____)
ФИО Заявителя

ПОДПИСАТЬ ЗДЕСЬ

дата 10 . 01 . 2023

ПОЛЯ ЗАПОЛНЯЮТСЯ СОТРУДНИКОМ/АГЕНТОМ ООО СК «БКС СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ»

Подпись _____

(_____)
ФИО сотрудника/агента

дата

ООО СК «БКС Страхование жизни». Лицензия ЦБ РФ СЖ № 4365, СЛ № 4365 от 01.11.2018.

Адрес места нахождения: 129110, РФ, г. Москва, Проспект Мира, 69, стр.1, этаж 9, помещ. XV, ком. 1. Тел.: + 7 (495) 745-50-21; +7 800-500-50-21

STR0035