

В ООО «РСХБ–Страхование жизни»

от \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. Выгодоприобретателя)

контактный телефон: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

адрес: \_\_\_\_\_

(индекс, адрес для доставки корреспонденции)

Паспорт заявителя: серия \_\_\_\_\_

номер: \_\_\_\_\_ дата выдачи: \_\_\_\_\_

Наименование выдавшего органа \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код подразделения \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ

(все данные заполняются печатными буквами)

Я, \_\_\_\_\_,

(Ф.И.О.)

являясь \_\_\_\_\_  
(Застрахованным, Выгодоприобретателем, представителем Застрахованного,  
представителем Выгодоприобретателя, наследником Застрахованного лица)  
по Договору инвестиционного страхования жизни

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Сообщаю о дожитии Застрахованного лица до « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

Прошу рассмотреть возможность страховой выплаты в установленном порядке.

Страховую выплату прошу перечислить на расчетный счет со следующими реквизитами:

Получатель платежа	
Банк	
ИНН (банка)	
Расчетный счет (банка)	
Кор. Счет (банка)	
БИК	
Филиал	
№ счета получателя*	

\*обращаем Ваше внимание - в реквизитах следует указывать рублевый счет

#### Данные получателя выплаты:

Статус налогоплательщика	<input type="checkbox"/> Резидент РФ	<input type="checkbox"/> Нерезидент РФ
Страна (обязательно к заполнению при указании статуса налогоплательщика «Нерезидент»)		
ИНН / TIN		
СНИЛС (при наличии)		
Дата рождения день <input type="text"/> <input type="text"/> месяц <input type="text"/> <input type="text"/> год <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Место рождения	

Документ, удостоверяющий личность Вид документа:	Кем выдан
Серия <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> № <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Дата выдачи: день <input type="text"/> <input type="text"/> месяц <input type="text"/> <input type="text"/> год <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Код подразделения <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Адрес регистрации Индекс <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Адрес
Адрес местонахождения Индекс <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Адрес
Отношение Получателя выплаты к Страхователю по договору (указать родственную связь)	

Я подтверждаю, что я не являюсь гражданином США, лицом, имеющим вид на жительство в США, налоговым резидентом либо налогоплательщиком США, а также, что в отношении меня отсутствуют любые иные основания для распространения на меня законодательства США о налогообложении иностранных счетов. Я не являюсь публичным должностным лицом/его близким родственником.

Согласен на обработку Страховщику (ООО «РСХБ – Страхование жизни», г. Москва, Гагаринский переулок, д.3, эт.1, пом. II, комн.18) сведений, указанных в настоящем Заявлении (а также иных персональных сведений, получаемых Страховщиком при исполнении настоящего Заявления), способами, установленными законом, с целью исполнения Заявления, а также информирования Страхователя о программах страхования, о сроке действия Договора (полиса) и иными целями. Срок обработки персональных сведений - 6 лет с момента полного исполнения обязательств Страховщиком по Договору страхования. Согласие может быть отозвано субъектом персональных данных путем направления Страховщику письменного заявления.

**К заявлению прилагаю:**

**1. Копия документа, удостоверяющего личность (например, паспорт заявителя (разворот с фотографией и разворот с местом жительства) (обязательно при направлении документов по почте, в случае личного обращения обязательно предъявление паспорта для идентификации заявителя)**

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись) « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ (дата)

При возникновении вопросов по заполнению данного Заявления  
Вы можете обратиться в Офис сопровождения договоров страхования  
ООО «РСХБ–Страхование жизни»:

123112, г. Москва, 1-й Красногвардейский проезд, д. 19.

Режим работы: понедельник-четверг: с 9.00 до 18.00, пятница: с 9.00 до 16.45.,  
тел.8(495)7459955.

Адрес нахождения юридического лица (юридический адрес):  
119034, г. Москва, Гагаринский переулок, д.3, эт.1, пом. II, комн.18.