

Внимание! Форма используется в случае, если заявитель (выгодоприобретатель или наследник) обратился за страховой выплатой в случае смерти застрахованного лица. Если заявитель - несовершеннолетнее лицо, заявление заполняется и подписывается его законным представителем.

В ООО «МАКС-Жизнь»

ЗАЯВЛЕНИЕ о страховой выплате

Сведения о Заявителе (если заявитель является несовершеннолетним, в данном разделе указываются данные несовершеннолетнего заявителя):

Заявитель (нужное отметить <input checkbox"="" checked="" type="checkbox>):</td> <td><input type="/> - Выгодоприобретатель	<input type="checkbox"/> - Наследник Застрахованного лица	
Фамилия Имя Отчество		
Дата рождения	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Степень родства <input type="text"/>
Место рождения		
Документ, удостоверяющий личность (для несовершеннолетнего свидетельство о рождении)	наименование, серия, номер	Гражданство <input type="text"/> укажите все страны
	кем и когда выдан, код подразделения	ИНН <input type="text"/>
Для иностранных граждан и лиц без гражданства:	Сведения о миграционной карте (серия, номер, даты начала и окончания срока пребывания)	
	Сведения о документе, подтверждающем право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, даты начала и окончания срока действия права пребывания (проживания))	
Адрес места жительства (регистрации)	индекс область, регион город улица дом корпус квартира	
Адрес места пребывания (фактический)	индекс область, регион город улица дом корпус квартира	
Телефоны	дом. <input type="text"/>	моб. <input type="text"/> e-mail <input type="text"/>

Сведения о представителе Заявителя (данный раздел заполняется в случае, если заявление заполняет и подписывает представитель несовершеннолетнего заявителя):

Фамилия Имя Отчество		
Дата рождения	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Степень родства (с заявителем) <input type="text"/>
Место рождения		
Документ, удостоверяющий личность	наименование, серия, номер	Гражданство <input type="text"/> укажите все страны
	кем и когда выдан, код подразделения	ИНН <input type="text"/>
Для иностранных граждан и лиц без гражданства:	Сведения о миграционной карте (серия, номер, даты начала и окончания срока пребывания)	
	Сведения о документе, подтверждающем право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, даты начала и окончания срока действия права пребывания (проживания))	
Адрес места жительства (регистрации)	индекс область, регион город улица дом корпус квартира	
Адрес места пребывания (фактический)	индекс область, регион город улица дом корпус квартира	
Телефоны	дом. <input type="text"/>	моб. <input type="text"/> e-mail <input type="text"/>

Заявитель (представитель заявителя):

<input type="text"/>	<input type="text"/>
подпись	Фамилия Имя Отчество (полностью)

Прошу произвести страховую выплату по договору страхования в связи со смертью застрахованного лица:

№ и дата договора страхования	№ _____ от «___» _____ 20__ г.		
Ф.И.О. Застрахованного лица			
Дата смерти Застрахованного лица	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Дата несчастного случая (если смерть произошла в результате несчастного случая)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Причина смерти Застрахованного лица	<input type="checkbox"/> - несчастный случай: _____ <input type="checkbox"/> - иное событие: _____		
Обстоятельства смерти Застрахованного лица	<p style="text-align: center;">укажите, пожалуйста, подробно обстоятельства, причины и место смерти застрахованного лица</p>		

Страховую выплату прошу перечислить по следующим реквизитам (если заявитель является несовершеннолетним, в качестве получателя следует указать несовершеннолетнего заявителя и заполнять банковские реквизиты самого несовершеннолетнего):

Получатель (Ф.И.О.):			
Наименование банка			
БИК	<input type="text"/>	ИНН банка	<input type="text"/>
Расчетный счет			
Корреспондентский счет банка			
Иные реквизиты			

Декларация Заявителя:

1) Настоящим Заявитель (представитель Заявителя) выражают свое согласие на обработку Страховщиком (ООО «МАКС-Жизнь», 115184, Москва, ул.Малая Ордынка, д.50) в течение всего срока действия указанного в настоящем заявлении договора страхования (далее – Договор) и в течение 25 (двадцати пяти) лет после исполнения Договора своих персональных данных, указанных в настоящем заявлении и иных документах, используемых Страховщиком для их обработки, с целью исполнения Страховщиком условий Договора и требований, установленных действующим законодательством, в т.ч. в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору, осуществления страховой выплаты, администрирования договора, а также в целях информирования о продуктах и услугах Страховщика, в статистических целях и в целях проведения анализа. Под обработкой персональных данных в настоящем заявлении понимается: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передача третьим лицам, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а также совершение иных действий с персональными данными (как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств).

Заявитель

(представитель заявителя):

<input type="text"/>	<input type="text"/>
подпись	Фамилия Имя Отчество (полностью)

Настоящим Заявитель (представитель Заявителя) дает свое согласие Страховщику на передачу персональных данных, ставших ему известными в связи с заключением и исполнением Договора, третьим лицам, с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных (включая передачу персональных данных в перестраховочную компанию).

Настоящим Заявитель (представитель Заявителя) также подтверждает свое согласие на информирование его Страховщиком о ходе исполнения Договора, о продуктах и услугах Страховщика посредством направления смс-сообщений и/или сообщений по адресу электронной почты, указанному в настоящем заявлении.

Субъект персональных данных вправе потребовать прекратить обработку персональных данных полностью или в части информирования о продуктах и услугах путем направления в адрес Страховщика письменного заявления с указанием реквизитов Договора.

2) Настоящим Заявитель (представитель Заявителя) подтверждает, что не имеет гражданства США, разрешения на постоянное пребывание в США и не является налоговым резидентом США.

3) Настоящим Заявитель (представитель Заявителя) подтверждает, что не является:

- а) иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций;
- б) лицом, замещающим (занимающим) государственные должности РФ, должности членов Совета директоров ЦБ РФ, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должности в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ;
- в) супругой(-ом), близким родственником лиц, указанных в настоящем подпункте.

К заявлению прилагаются:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.

**Заявитель
(представитель заявителя):**

подпись	Фамилия Имя Отчество (полностью)

Дата: « ___ » _____ 20__ г.

Заявление получил: _____

подпись, должность, Фамилия И.О.

Дата: « ___ » _____ 20__ г.