



Заявление на страховую выплату

По Договору страхования №

от

 / / г.

- ☐ «РАЙФФАЙЗЕН ПЕРСПЕКТИВА. Программа №1»
☐ «РАЙФФАЙЗЕН ПЕРСПЕКТИВА. Программа №2»
☐ «РАЙФФАЙЗЕН ПЕРСПЕКТИВА. Программа №3»

- ☐ «РАЙФФАЙЗЕН КИНДЕР. Программа №1»
☐ «РАЙФФАЙЗЕН КИНДЕР. Программа №2»
☐ «РАЙФФАЙЗЕН ОПТИМУМ»



Сведения о получателе выплаты

Ф. И. О.

являясь ☐ Застрахованным лицом ☐ Страхователем ☐ Выгодоприобретателем ☐ Наследником

ДАТА РОЖДЕНИЯ / / г. МЕСТО РОЖДЕНИЯ

ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ / / г.
тип серия номер дата выдачи

кем выдан, код подразделения

☐ РЕЗИДЕНТ РФ ГРАЖДАНСТВО ВТОРОЕ ГРАЖДАНСТВО СТРАНА РЕЗИДЕНТСТВА

☐ НЕРЕЗИДЕНТ РФ ИНН (TIN) (для НЕРЕЗИДЕНТОВ РФ)

МИГРАЦИОННАЯ КАРТА, ВРЕМЕННОЕ РАЗРЕШЕНИЕ: / / г.
серия номер дата выдачи

ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ПРАВО ИНОСТРАННОГО ГРАЖДАНИНА ИЛИ ЛИЦА БЕЗ ГРАЖДАНСТВА НА ПРЕБЫВАНИЕ В РФ / / г.
тип серия номер дата выдачи

кем выдан
 / / г. / / г.
дата начала срока действия права пребывания (проживания) дата окончания срока действия права пребывания (проживания)

ГРАЖДАНСТВО США ДА ☐ НЕТ ☐

НАЛОГОВЫЙ СТАТУС НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИК США ДА ☐ НЕТ ☐

ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЕ ДАННЫЕ для ГРАЖДАН и НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКОВ США
номер соц. страхования (SSN) ID

ИНН (TIN)

МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА (РЕГИСТРАЦИИ)

АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ ЗАЯВИТЕЛЯ
государство регион/населенный пункт

адрес, включая почтовый индекс

АДРЕС ПРЕБЫВАНИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ (В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ АДРЕСА РЕГИСТРАЦИИ)
государство регион/населенный пункт

адрес, включая почтовый индекс

КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ
телефон мобильный электронный адрес

ПРОШУ ПРОИЗВЕСТИ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ В СООТВЕТСТВИИ С УСЛОВИЯМИ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ В СВЯЗИ С НАСТУПЛЕНИЕМ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ:

- ☐ Инвалидность I группы в результате несчастного случая;
☐ Инвалидность I группы по другим причинам;
☐ Смерть в результате несчастного случая;
☐ Смерть по другим причинам.

ЗАЯВИТЕЛЬ / / г.
Ф. И. О. подпись дата

ДАТА СТРАХОВОГО
СОБЫТИЯ

/ / г.

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА
СТРАХОВОГО СОБЫТИЯ



Сведения о лице, с которым произошло страховое событие

Заполняется если Заявителем является иное лицо

☐

Застрахованное лицо

☐

Страхователь

Ф.И.О.

ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

ДАТА
РОЖДЕНИЯ

/ / г.

МЕСТО
РОЖДЕНИЯ

ПОЛ М

☐

Ж

☐

ДОКУМЕНТ,
УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ
ЛИЧНОСТЬ

тип

серия

номер

/ / г.

дата выдачи

кем выдан, код подразделения

АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ

ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

государство

регион/населенный пункт

АДРЕС ПРЕБЫВАНИЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА (В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ АДРЕСА РЕГИСТРАЦИИ)

адрес, включая почтовый индекс

государство

регион/населенный пункт

адрес, включая почтовый индекс

КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ

+ / /

телефон мобильный

электронный адрес



Реквизиты для получения выплаты

НАИМЕНОВАНИЕ
БАНКА

РАСЧЕТНЫЙ
СЧЕТ ПОЛУЧАТЕЛЯ

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

СЧЕТ ПОЛУЧАТЕЛЯ

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 /

20 или 22 знака, обязателен для заполнения, если указан р/сч банка

БИК БАНКА

1 2 3 4 5 6 7 8 9

ИНН ПОЛУЧАТЕЛЯ

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13



К настоящему заявлению прилагаются следующие документы

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

ЗАЯВИТЕЛЬ

Ф. И. О.

подпись

/ / г. дата



Приложение №1*

к Заявлению на страховую выплату

По страховому сертификату №

от

 / / г.

Подписывая настоящее заявление я:

Ф. И. О. лица, подающего Заявление

- подтверждаю, что Бенефициарным владельцем является Получатель выплаты. Основания для признания иных физических лиц лицами, имеющими возможность контролировать действия Получателя выплаты, отсутствуют;
- предоставляю Страховщику персональные данные и иную информацию обо мне, включающие, в том числе, помимо прочего: фамилию, имя, отчество; пол; год, месяц, дату и место рождения; место жительства (регистрации) и место пребывания; номер телефона; сведения о документе, удостоверяющем личность; ИНН; место работы, должность, профессию, служебные обязанности; сведения о состоянии здоровья (включая сведения, составляющие врачебную тайну), увлечениях (хобби); семейном, социальном и имущественном положении, содержащиеся в настоящем Заявлении, финансовой и медицинской анкете, иных документах, заполняемых и подписываемых мною в связи с подачей Заявления на страховую выплату (далее – Персональные данные);
- своей волей и в своем интересе даю согласие Страховщику на автоматизированную, неавтоматизированную и смешанную обработку Персональных данных и любой информации обо мне (в том числе сведений, составляющих врачебную тайну), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование и уничтожение персональных данных и иной информации, сообщенной мной или моим представителем Страховщику в целях осуществления страховых выплат и урегулирования страховых случаев (далее – «Цели обработки»). Страховщик вправе в Целях обработки осуществлять трансграничную передачу Персональных данных и предоставлять Персональные данные (включая сведения, составляющие врачебную тайну) АО «Райффайзенбанк», юридическим лицам, осуществляющим электронную обработку сведений о клиентах Страховщика, страховым агентам, страховым брокерам, перестраховочным организациям, моим представителям, аффилированным лицам Страховщика и лицам, входящим в группу лиц, в которую входит Страховщик, юридическим и финансовым консультантам, аудиторам Страховщика, а также иным лицам, если это необходимо для достижения Целей обработки и
- на основании соответствующих договоров, содержащих обязательство этих лиц по соблюдению конфиденциальности полученной информации;
- согласен (согласна) с тем, что вышеизложенное согласие на обработку Персональных данных (включая сведения, составляющие врачебную тайну) действительно в течение пяти лет со дня подписания мною настоящего Заявления. Вышеизложенное согласие действует на весь период действия Договора страхования и в течение двадцати лет после прекращения всех обязательств сторон по вышеупомянутому Договору страхования;
- понимаю и согласен, что указанное согласие на обработку и передачу Персональных данных может быть мною отозвано посредством направления Страховщику письменного Заявления об отзыве согласия на обработку, хранение и иное использование персональных данных установленного и утвержденного Страховщиком образца. При этом такой отзыв может являться основанием для расторжения Договора страхования по инициативе Страхователя;
- заявляю, что согласен с тем, что Страховщик вправе при подписании документов, подписываемых Страховщиком в связи с заключением и/или исполнением Договора страхования, использовать факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного должностного лица Страховщика с помощью средств механического или иного копирования;
- разрешаю любому врачу или лечебному учреждению, имеющим какую-либо информацию о состоянии моего здоровья (включая сведения, составляющие врачебную тайну), сообщать эту информацию Страховщику;
- подтверждаю, что все сведения, предоставленные мной или от моего имени в настоящем Заявлении, иных документах являются правдивыми, соответствующими действительности и содержащими полную информацию, включая ту, которая, по моему мнению, может являться несущественной.

Являетесь ли Вы должностным лицом публичных международных организаций, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность РФ, должность членов Совета директоров Центрального банка РФ, должность федеральной государственной службы, назначение на которую и освобождение от которой осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должность в Центральном банке РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенную в перечни должностей, определяемые Президентом РФ?

ДА ☐ НЕТ ☐ ПОДРОБНЕЕ

Являетесь ли Вы иностранным публичным должностным лицом (далее – ПДЛ), супругом, близким родственником ПДЛ (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии, полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братьями и сестрами, усыновителями и усыновленными) или действуете от имени указанных лиц?

ДА ☐ НЕТ ☐ ПОДРОБНЕЕ

ЗАЯВИТЕЛЬ*

Ф. И. О

подпись

ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ НА СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ

 / / г.