



## 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

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:

серия

номер

дата выдачи

дата начала срока пребывания

дата окончания срока пребывания

ДОКУМЕНТ,  
ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ  
ПРАВО ИНОСТРАННОГО  
ГРАЖДАНИНА ИЛИ ЛИЦА  
БЕЗ ГРАЖДАНСТВА НА  
ПРЕБЫВАНИЕ В РФ

тип

серия

номер

дата выдачи

кем выдан

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

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.

\*Настоящее приложение подписывается Заявителем только в том случае, если Заявитель не является Застрахованным лицом/Страхователем.