

Заявление на страховую выплату ренты (пенсии)

Данные выгодоприобретателя

Я,	
Гражданство (при наличии второго указать)	
Статус налогоплательщика	<input type="checkbox"/> Налоговый резидент РФ* <input type="checkbox"/> Налоговый резидент иного государства**
ИНН (при наличии)	Дата рождения
Место рождения	
Адрес регистрации (с индексом)	
Адрес места жительства (при отличии; с индексом)	
Телефон	e-mail
Документ, удостоверяющий личность	<input type="checkbox"/> Паспорт гражданина РФ <input type="checkbox"/> Иной документ (дополнительно Вам необходимо заполнить анкету выгодоприобретателя)
Серия (при наличии) и номер	
Дата выдачи	Код подразделения
Орган, выдавший документ	

На основании договора/полиса страхования № _____ от _____

Прошу произвести страховую выплату по риску «Дожитие» в связи с дожитием застрахованного:

Ф. И. О. застрахованного	
Дата рождения застрахованного	
Порядок выплаты (как указано в Вашем полисе)	<input type="checkbox"/> Единовременно <input type="checkbox"/> Ежегодно <input type="checkbox"/> Раз в полугодие <input type="checkbox"/> Ежеквартально <input type="checkbox"/> Ежемесячно

Выплату прошу произвести

<input type="checkbox"/> Безналичным перечислением на расчетный счет (ниже указать реквизиты)
Реквизиты получателя
Ф. И. О. получателя
БИК банка
Расчетный (лицевой) счет получателя

* Налоговый резидент РФ – лицо, находящееся в Российской Федерации суммарно более 183 календарных дней в течение 12 следующих подряд месяцев

** Налоговый резидент иного государства – лицо, находящееся в Российской Федерации суммарно менее 183 календарных дней в течение 12 следующих подряд месяцев

_____ Подпись выгодоприобретателя

- Для целей FATCA* я подтверждаю (путем проставления галочки слева), что:
- не имею гражданства США;
 - не имею разрешения на постоянное пребывание в США (форма I 551 Green Card);
 - долгосрочно не пребываю в США;
 - не был рожден на территории США;
 - не имею адреса проживания / почтового адреса на территории США;
 - не имею телефонного номера, зарегистрированного в США;
 - не имею постоянного поручения о переводе средств на счет, открытый в США;
 - не имею доверенности (права подписи), предоставленной(-ого) лицу, проживающему в США;
 - не являюсь налоговым резидентом США.

Настоящим я подтверждаю, что информация, указанная выше, является достоверной. В случае изменения сведений, представленных в рамках данной формы, я обязуюсь предоставить в ООО «Зетта Страхование жизни» обновленную информацию не позднее 30 дней с момента их изменения. **В случае несогласия** с утверждениями выше я даю согласие ООО «Зетта Страхование жизни» на предоставление налоговой службе США данных обо мне, необходимых для заполнения установленных Налоговой службой США форм отчетности.

Внимание. В случае если какое-либо из указанных выше утверждений неверно, то Вам необходимо заполнить дополнительную форму, которая будет направлена Вам страховщиком после направления настоящего заявления и документов, удостоверяющих личность.

* FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) – Закон США «О налогообложении иностранных счетов».

Я проинформирован и согласен с тем, что выплата осуществляется после предоставления полного комплекта документов страховщику в сроки, не превышающие 10 рабочих дней, если иное не предусмотрено условиями договора страхования.

Настоящим выражаю свое согласие на обработку, включая: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение, **следующих персональных данных («Персональные данные»):** ФИО (на русском и английском языке), дата, год, месяц, место рождения, пол, паспортные данные (серия, номер общегражданского паспорта, дата выдачи, наименование органа, выдавшего общегражданский паспорт), информация о состоянии здоровья; контактные телефоны, адрес электронной почты; адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания, **оператору Персональных данных («Оператор») – Общество с ограниченной ответственностью «Зетта Страхование жизни»** с местоположением по адресу: 115184, г. Москва, Озерковская набережная, д. 30, в целях («Цели»): заключения и/или исполнения заключенного договора страхования, включая организацию оказания медицинских услуг**, направления запросов о предоставлении документов по заявленному убытку в адрес медицинских и иных организаций (в том числе на официальные электронные адреса данных организаций); осуществления информационного сопровождения исполнения договора страхования; проведения исследований мнения об обслуживании и страховых продуктах, в том числе исследований, направленных на улучшение качества страховых продуктов; передачи риска в перестрахование, а также в целях предъявления суброгационных требований или иного урегулирования судебных споров в порядке, установленном действующим законодательством, выражаю свое согласие и разрешаю Оператору обрабатывать Персональные данные с помощью неавтоматизированных способов обработки Персональных данных, а также автоматизированных систем управления базами данных (СУБД) и иных программных средств, специально разработанных по поручению Оператора. Работа с СУБД будет осуществляться по предписанному Оператору алгоритму (сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение, использование, блокирование, уничтожение). Я соглашаюсь с тем, что, если это необходимо для реализации Целей обработки Персональных данных, Оператор вправе поручить обработку Персональных данных третьим лицам, а именно: компаниям группы Оператора и контрагентам Оператора, указанным на сайте Оператора, при условии соблюдения требований применимого законодательства об обеспечении конфиденциальности Персональных данных и безопасности Персональных данных при их обработке. При передаче указанных данных Оператор предупреждает лиц, получающих Персональные данные, о том, что эти данные являются конфиденциальными и могут быть использованы лишь в целях, для которых они сообщены, и требует от этих лиц соблюдения этого правила. Хранение Персональных данных осуществляется исключительно на территории Оператора. Требование об исключении или исправлении/дополнении неверных или неполных Персональных данных может быть подано в виде соответствующего письменного запроса в адрес Оператора. Настоящее Согласие на обработку Персональных данных действует со дня его подписания в течение 10 (Десяти) лет после окончания договорных отношений с Оператором либо до дня отзыва Согласия с правом Оператора продолжить обработку Персональных данных в установленных законодательством случаях. Настоящее Согласие может быть отозвано путем предоставления письменного заявления в адрес Оператора. Гарантирую, что передача персональных данных Застрахованных, выгодоприобретателей, Получателей страховой выплаты в пользу Оператора происходит с их письменного согласия, которое обязуюсь предоставить Оператору по его требованию.

** Оказание медицинских услуг осуществляется только в рамках заключенного договора личного страхования.

Ф. И. О. выгодоприобретателя

Подпись выгодоприобретателя

Наступление страхового события по вышеуказанному риску подтверждаю:

Ф. И. О. застрахованного

Подпись застрахованного

Дата заполнения заявления