



« » « » 201__г.

(не ранее даты дожития, указанной в Договоре/Полисе)

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ ПО ДОЖИТИЮ (единовременная выплата)

Данные выгодоприобретателя:

Я, _____

Гражданство (при наличии второго указать) _____

ИНН _____

Дата и место рождения _____

Адрес регистрации _____

Адрес места жительства
(при отличии) _____

Телефон _____

E-mail _____

Вид документа, удостоверяющий личность:

 Паспорт гражданина РФ

 Паспорт иностранного гражданина

 Иной документ

Серия (при наличии) и номер _____

Дата выдачи _____

Код подразделения (при наличии) _____

Орган, выдавший документ _____

 Миграционная карта (для иностранного гражданина или лица без гражданства, находящегося на территории РФ)

Номер карты _____

Срок пребывания в РФ * _____

 Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ

Серия (если имеется) и номер _____

Право пребывания (проживания) ** _____

(подпись выгодоприобретателя)

* указываются даты начала и окончания срока пребывания в РФ;

** указываются даты начала и окончания срока действия права пребывания(проживания).

На основании Договора/Полиса
страхования №

от

прошу выплатить страховую сумму по риску «дожитие Застрахованного до срока

действия страхования» в связи с дожитием застрахованного:

(ФИО застрахованного, дата рождения застрахованного)

Выплату прошу произвести:

безналичным перечислением на расчетный счет (ниже указать реквизиты)

Реквизиты Получателя: (обязательно для заполнения)	Реквизиты банка Получателя: (обязательно для заполнения)
ФИО получателя	Наименование банка
Расчетный (лицевой) счет получателя	ИНН банка
	БИК банка
Карточный счет получателя	К/счет банка
	Расчетный счет банка

зачислить в счет очередных платежей

(номер полиса, сумма перевода)

против информирования о статусе рассмотрения заявления по указанным мною контактными данным (в том числе предоставления сведений о размере выплат) не возражаю.

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» выражаю свое согласие на обработку, включая: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), в том числе трансграничную, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, следующих персональных данных («Персональные данные»): ФИО (на русском и английском языке), дата, год, месяц рождения, пол; паспортные данные (серия, номер общегражданского паспорта, дата выдачи, наименование органа, выдавшего общегражданский паспорт, и его копия); контактные телефоны (мобильный, домашний, служебный), адрес электронной почты; адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания, ИНН, номер банковского счета и банковской карты, реквизиты банка, доходы и иной доступной либо известной информации в любой конкретный момент времени из открытых источников, оператору Персональных данных («Оператор») – Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Альянс Жизнь» с местоположением по адресу: 115184, г. Москва, Озерковская набережная, д.30, в целях («Цели»): заключения и/или исполнения заключенного Договора; осуществления информационного сопровождения исполнения Договора, путем осуществления прямых контактов со мной с помощью различных средств связи, включая, но, не ограничиваясь, электронная почта, информационно-коммуникационные сервисы, телефон, почта и учета предоставленной мной информации в базах данных, 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, включая трансграничную передачу, Персональных данных третьим лицам, а именно: АО СК «Альянс» с местоположением по адресу: 115184, Россия, г. Москва, Озерковская набережная, д.30; Альянс Технолоджи SE с местоположением по адресу 81737, Германия, г. Мюнхен, ул. Фритц-Шеффер, д.9; компаниям группы Альянс; контрагентам 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 5 (Пяти) 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.

(подпись выгодоприобретателя)

Наступление страхового события по вышеуказанному риску подтверждаю:

(ФИО Застрахованного)

(подпись Застрахованного)

Заявление
принял:

(ФИО сотрудника, должность, подпись, дата, город)

* указываются даты начала и окончания срока пребывания в РФ;

** указываются даты начала и окончания срока действия права пребывания(проживания).