

Типовая форма Заявления на выплату при Дожитии

Генеральному директору
ООО «АльфаСтрахование-Жизнь»
Слюсарю А. В.

Образец

От Иванова Ивана Ивановича
(ФИО Застрахованного/Выгодоприобретателя)

контактный телефон: 8 (900)000 00 00

e-mail: IvanovI@mail.ru

адрес: 111555, г.Москва
(индекс, адрес для доставки корреспонденции)

ул. Скрябина, д.97, кв.3

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ

Нужное подчеркнуть

Иванов Иван Иванович

Дата начала срока страхования (указано в пункте СРОК СТРАХОВАНИЯ Договора)

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

являясь Застрахованным/ Выгодоприобретателем
по Договору страхования жизни № L0532/560/ 001122 /5 от «01» апреля 2015г.,

страховая сумма 1 000 000 рублей

Страховая сумма указывается по риску «Дожитие Застрахованного» (указано в пункте СТРАХОВАЯ СУММА Договора)

сообщаю о событии, произошедшем с Застрахованным лицом¹:

Дожитие Застрахованного

Событие указано в пункте СТРАХОВЫЕ РИСКИ Договора

Событие произошло: «30» мая 2018 года.²

Указывается дата, следующая после даты окончания срока страхования, см. в пункте СРОК СТРАХОВАНИЯ Договора

Прошу рассмотреть возможность страховой выплаты в установленном порядке.

Страховую выплату прошу перечислить на расчетный счет получателю выплаты со следующими реквизитами:

Фамилия Имя Отчество	<u>Иванов Иван Иванович</u>
Банк	<u>ОАО «Альфа-Банк» г. Москва</u>
ИНН (банка)	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
Расчетный счет (банка)	
Кор. Счет (банка)	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2
БИК	2 2 2 2 2 2 2 2 2
ОСБ	
Филиал	
№ счета получателя*	4 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

При заполнении реквизитов получателя важно:
- счет получателя должен соответствовать ФИО получателя;
- должно быть верное количество знаков в счетах и БИК получателей;
Ошибка в указанных реквизитах не позволяет осуществить выплату.
Будьте, пожалуйста, внимательны!

*обращаем Ваше внимание - в реквизитах следует указывать рублевый счет

Адрес места жительства (регистрации) или места пребывания для доставки корреспонденции:

¹ Указывается название страхового риска строго в соответствии с договором страхования

² Указывается дата не ранее даты наступления обязательств Страховой компании по выплате страхового возмещения

Данные получателя страховой выплаты, в случае если он является Страхователем\Застрахованным:

Фамилия Имя Отчество: <u>Иванов Иван Иванович</u>																								
Дата рождения день <u>01</u> месяц <u>06</u> год <u>1980</u>	Город рождения <u>Москва</u> Страна рождения <u>Россия</u>																							
Документ, удостоверяющий личность Вид <u>Паспорт</u> Серия <u>00 11</u> № <u>111222</u>	Кем выдан <u>УВД Гольяново</u> Когда выдан день <u>30</u> месяц <u>01</u> год <u>2010</u> Код подразделения (при наличии) _____																							
Гражданство	1. <u>РФ</u> 2. _____ 3. _____																							
<i>Заполняется при отсутствии гражданства РФ:</i> 1. Миграционная карта: 2. Документ, подтверждающий право пребывания в РФ (виза\вид на жительство)	Серия, номер <u>0000, 1112233</u> Срок пребывания в РФ с <u>00.00.2018</u> по <u>00.00.2018</u> Вид документа <u>Вид на Жительство</u> Серия, номер <u>11111, 222333</u> Срок пребывания (проживания) в РФ с <u>00.00.2018</u> по <u>00.00.2018</u>																							
Статус налогоплательщика	Резидент РФ ¹ <input type="checkbox"/> Нерезидент РФ <input checked="" type="checkbox"/>																							
ИНН РФ (идентификационный номер налогоплательщика РФ), <i>если имеется</i> Страховой номер индивидуального лицевого счета в системе обязательного пенсионного страхования РФ, <i>если имеется</i>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>4</td><td>4</td></tr></table> Укажите номер СНИЛС	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	1	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3													
1	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4														
Страна (страны) налогового резидентства - <i>укажите все страны налогового резидентства (обязательно к заполнению при указании статуса налогоплательщика «Нерезидент РФ»)</i>	Страна 1: <u>Польша</u> Страна 2 (если имеется): _____ Страна 3 (если имеется): _____																							
Иностраннный идентификационный номер налогоплательщика (TIN)/его аналог	Для страны 1: <u>111-222-1212</u> Для страны 2: _____ Для страны 3: _____																							
Причина отсутствия TIN (в случае если не заполнен предыдущий раздел):	Для страны 1: Страна не выдает TIN; <input type="checkbox"/> Страна не требует раскрытия TIN; <input type="checkbox"/> Страна не требует обязательного получения TIN; <input type="checkbox"/> Подано заявление на получение TIN; <input type="checkbox"/> Подано заявление на восстановление TIN; <input type="checkbox"/> Отказ от предоставления TIN <input type="checkbox"/> Для страны 2: Страна не выдает TIN; <input type="checkbox"/> Страна не требует раскрытия TIN; <input type="checkbox"/> Страна не требует обязательного получения TIN; <input type="checkbox"/> Подано заявление на получение TIN; <input type="checkbox"/> Подано заявление на восстановление TIN; <input type="checkbox"/> Отказ от предоставления TIN <input type="checkbox"/> Для страны 3: Страна не выдает TIN; <input type="checkbox"/> Страна не требует раскрытия TIN; <input type="checkbox"/> Страна не требует обязательного получения TIN; <input type="checkbox"/>																							

¹ Налоговые резиденты Российской Федерации - это физические либо юридические лица, зарегистрированные на ее территории в качестве налогоплательщика. Физические лица-резиденты РФ – это граждане РФ или граждане иных государств, пребывающие на территории РФ больше 183-х суток за последние 12 месяцев, при этом срок 183 дня не обязательно должен быть последовательным.

Подано заявление на получение TIN;
Подано заявление на восстановление TIN;
Отказ от предоставления TIN

Данные получателя страховой выплаты (заполняется в случае если он НЕ является Страхователем\Застрахованным):

Фамилия Имя Отчество: Петров Петр Петрович

Дата рождения
день 01 месяц 06 год 1980

Документ, удостоверяющий личность
Вид Паспорт
Серия 00 11 № 111222

Город рождения Москва
Страна рождения Россия

Кем выдан УВД Гольяново
Когда выдан день 30 месяц 01 год 2010

Код подразделения (при наличии) _____

Гражданство

1. РФ
2. _____
3. _____

Заполняется при отсутствии гражданства РФ:

1. Миграционная карта:
2. Документ, подтверждающий право пребывания в РФ (виза\вид на жительство)

Серия, номер 0000, 1112233
Срок пребывания в РФ с 00.00.2018 по 00.00.2018
Вид документа Вид на Жительство
Серия, номер 11111, 222333
Срок пребывания (проживания) в РФ с 00.00.2018 по 00.00.2018

Статус налогоплательщика

Резидент РФ² Нерезидент РФ

ИНН РФ (идентификационный номер налогоплательщика РФ), *если имеется*
Страховой номер индивидуального лицевого счета в системе обязательного пенсионного страхования РФ, *если имеется*
Страна (страны) налогового резидентства - укажите все страны налогового резидентства (обязательно к заполнению при указании статуса налогоплательщика «Нерезидент РФ»)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3		
1	1	1	-	2	2	2	-	3	3	3	-	4	4

Укажите номер СНИЛС

Иностранный идентификационный номер налогоплательщика (TIN)/его аналог

Страна 1:
Страна 2 (если имеется):
Страна 3 (если имеется):

Для страны 1:
Для страны 2:
Для страны 3:

Причина отсутствия TIN (в случае если не заполнен предыдущий раздел):

Для страны 1:
Страна не выдает TIN;
Страна не требует раскрытия TIN;
Страна не требует обязательного получения TIN;
Подано заявление на получение TIN;
Подано заявление на восстановление TIN;
Отказ от предоставления TIN

Для страны 2:
Страна не выдает TIN;
Страна не требует раскрытия TIN;
Страна не требует обязательного получения TIN;
Подано заявление на получение TIN;

² Налоговые резиденты Российской Федерации - это физические либо юридические лица, зарегистрированные на ее территории в качестве налогоплательщика. Физические лица-резиденты РФ – это граждане РФ или граждане иных государств, пребывающие на территории РФ больше 183-х суток за последние 12 месяцев, при этом срок 183 дня не обязательно должен быть последовательным.

Подано заявление на восстановление TIN;
Отказ от предоставления TIN

Для страны 3:
Страна не выдает TIN;
Страна не требует раскрытия TIN;
Страна не требует обязательного получения TIN;
Подано заявление на получение TIN;
Подано заявление на восстановление TIN;
Отказ от предоставления TIN

Контактный телефон **8 (915) 111 22 33**

E-mail (электронный адрес) **IvanovIvan@mail.ru**

Укажите ваше финансовое положение Стабильное Неустойчивое Банкрот

Сведения о деловой репутации Положительная Отрицательная

Предполагаемый характер и цели деловых отношений со Страховщиком Краткосрочное сотрудничество в связи с договором страхования

Иное (укажите) _____

Я подтверждаю, что ни я, ни получатель выплаты:

- не являемся гражданами США, лицами, имеющим вид на жительство в США, налоговыми резидентами либо налогоплательщиками США, а равно лицами, в отношении которых имеются любые иные основания для распространения на них законодательства США о налогообложении иностранных счетов;
- не относимся к лицам, не являющимся налоговыми резидентами ни одной из стран;
- действуем каждый от собственного имени и в своих интересах и не имеем бенефициарных владельцев;
- не являемся публичными должностными лицами (их близкими родственниками). В противном случае обязуемся заполнить анкету публичного должностного лица.

Согласен на обработку Страховщиком сведений, указанных в настоящем Заявлении (а также иных персональных сведений, получаемых Страховщиком при исполнении настоящего Заявления), любыми способами, установленными законом, с целью исполнения Заявления, а также информирования Страхователя о программах страхования, о сроке действия договора (полиса) и иными целями. Срок использования и обработки персональных сведений до момента письменного уведомления Страховщика об отзыве Согласия.

К заявлению прилагаю:

1. копия паспорта
2. копия договора страхования № L0532/000/001122 /5
3. _____

Подпись/расшифровка
Застрахованного

Заполняется не раньше даты
окончания Договора страхования

Подпись: _____ / _____ /

Дата: _____ / _____ /20__ г.³

При возникновении вопросов по заполнению данного Заявления Вы можете обратиться в Управление Клиентского сервиса ООО «АльфаСтрахование-Жизнь» ежедневно с 8:00 до 20:00 (по московскому времени) по телефону 8 800 333 84 48 (звонок из регионов России бесплатный).

³ Указывается дата не ранее даты наступления обязательств Страховой компании по выплате страхового возмещения