

**БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ ПОЛУЧАТЕЛЯ ВЫПЛАТЫ
ВСЕ ПОЛЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫ ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ**

Наименование банка

Корреспондентский счет банка получателя

БИК банка получателя

Номер лицевого счета получателя

Я даю своё согласие на обработку персональных данных Страховщику, а так же поручить обработку моих персональных данных (с учетом того, что применимо) «РБ Страхование», юридический адрес - г. Москва, ул. Маши Порываевой, д. 34, этаж 2, ком. 62, ООО «ОСГ Рекордс Менеджмент Центр», юридический адрес – 127083, г. Москва, ул. Восьмого Марта д.14, стр. 1, АНО «Центральное бюро независимых судебных экспертов» юридический адрес - 127081, Российская Федерация, город Москва, Ясный проезд д. 4 корп.2, а также иным обработчикам (далее – «Обработчики»), которые осуществляют обработку ПДн Страхователя/Застрахованного/Выгодоприобретателя по поручению Страховщика на основании заключенных с этими лицами договоров/соглашений (агентские, возмездного оказания услуг, о взаимном сотрудничестве, обеспечении конфиденциальности и безопасности и др.) в связи с предоставлением услуг и исполнением Страховщиком обязательств, согласно условиям Договора страхования.

Я даю согласие на предоставление моих ПДн Обработчикам, а также иным третьим лицам, круг которых ограничен и определен опосредовано как лица, с которыми Страховщик вправе взаимодействовать в связи с исполнением Договора страхования. В частности, я согласен на получение Страховщиком и Обработчиками сведений и/или документов, содержащих мои ПДн: (в т.ч. сведения о состоянии здоровья, составляющих врачебную тайну, согласно п. 3 ст.13 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»):

- в лечебно-профилактических организациях (в том числе больничных, амбулаторно-поликлинических учреждениях, диспансерах, центрах медико-социальной экспертизы, учреждениях скорой помощи независимо от формы собственности, у врачей частной практики) и особого типа (в том числе центрах, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомических бюро) учреждениях здравоохранения, в том числе в виде справок и актов о подтверждении инвалидности, копий медицинских карт (историй болезни), выписок (эпикризов) из медицинских карт (историй болезни), актов медицинского освидетельствования, актов вскрытия, направлений на медико-социальную экспертизу, заключений медико-социальной и судебно-медицинской экспертизы;

- у работодателя, в органах и учреждениях МВД России, прокуратуре и иных правоохранительных органах, МЧС России, органах ЗАГС (иных компетентных органах), в том числе в виде копий актов о несчастных случаях, копий протоколов происшествий, справок, постановлений, выписок из книг регистрации актов гражданского состояния;

- у иных третьих лиц, которым Страховщик вправе направлять запросы о предоставлении сведений/ документов в соответствии с Договором страхования (Правилами страхования) или законодательством Российской Федерации в целях исполнения обязательств по Договору страхования.

Перечень действий, на осуществление которых дается согласие, и общее описание способов обработки: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, как с использованием средств автоматизации (в т.ч. программного обеспечения), так и без их использования (на материальных, в т.ч. бумажных, носителях).

Перечень ПДн, на обработку которых дается согласие (с учетом того, что применимо): ФИО, пол, дата рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем и когда выдан и др.), ИНН (при наличии), контактная информация (адрес места жительства, фактический адрес, номер телефона, адрес электронной почты), данные миграционной карты, данные документа, подтверждающего право на проживание/пребывание в РФ, сведения о наличии или отсутствии статуса иностранного публичного должностного лица, дата начала и дата окончания срока пребывания, платежные реквизиты, иные персональные данные, в том числе относящиеся к состоянию здоровья, содержащиеся в Договоре страхования и/или других документах, которые переданы/будут переданы Страховщику в связи с оказанием услуг, согласно условиям Договора страхования, а также данные, которые обрабатываются с моих слов.

Согласие на обработку моих ПДн Страховщиком и Обработчиками действует в течение срока действия Договора страхования, и ещё пять лет после его прекращения, а также истечения срока, необходимого для выполнения положений нормативных правовых актов РФ. Обрабатываемые ПДн подлежат хранению в течение срока действия согласия, если иное не установлено законодательством РФ. Согласие может быть отозвано посредством направления письменного уведомления Страховщику.

(Ф.И.О. заявителя)

(Подпись заявителя)

(Дата (ДД.ММ.ГГ.))

ДЕКЛАРАЦИЯ НАЛОГОВОГО РЕЗИДЕНТСТВА

Далее «Декларация»

Настоящим я

информирую ООО «РБ Страхование Жизни» о том, что на дату подписания Декларации являюсь налоговым резидентом, как указано ниже:

	Страна налогового резидентства (указать все страны без исключения)	ИНН в стране налогового резидентства (или код причины отсутствия – по справочнику)
1		
2		
3		
4		
5		

Дополнительные пояснения:

СПРАВОЧНО

Код причины отсутствия ИНН в стране налогового резидентства (не применять для РФ):

	Код причины	Описание причины
1	«ИНН не присваивается»	Законодательством данной страны (территории) не предусмотрено присвоение ИНН для налоговых резидентов
2	«ИНН не получен/ не обязателен к раскрытию»	Присвоение ИНН предусмотрено налоговым законодательством страны (территории) налогового резидентства. Однако законодательные нормы не требуют от налогового резидента получить сведения о присвоенном ему ИНН или аналогичном коде/ идентификаторе налогоплательщика.
3	«Иные основания отсутствия ИНН»	Иные причины (кроме указанных выше) невозможности получить/ не получения ИНН или аналогичного кода/ идентификатора налогоплательщика. Обязательно. Дать письменное разъяснение о сути «иного основания»

Я подтверждаю, что все предоставленные мной в данной Декларации сведения являются достоверными и полными без попытки сознательного изъятия или утаивания.

Я даю свое информированное согласие на предоставление сведений, отраженных в указанной Декларации, в налоговые и иные уполномоченные органы в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе, на основании межгосударственных соглашений, на передачу сведений в налоговые и иные уполномоченные органы иностранных государств (территорий) в соответствии с моим налоговым резидентством.

Я уведомлен, что отказ от предоставления согласия на передачу информации в уполномоченные органы или отказ от предоставления уточненных сведений в рамках Декларации может в соответствии с законодательством Российской Федерации повлечь отказ от совершения операций по договору страхования.

(Ф.И.О. заявителя)

(Подпись заявителя)

□□□□□□□□
(Дата (ДД.ММ.ГГ.))

9.	Имеется ли у Вас адрес проживания или почтовый адрес в США?	да	нет	
10.	Имеете ли вы <i>основной</i> номер контактного телефона на территории США?	да	нет	
11.	Подтвердите: Вы являетесь налоговым резидентом США?	да	нет	
При ответе «да» укажите следующую информацию/ предоставьте сведения:				
• Я являюсь налоговым резидентом США	Да,	я являюсь гражданином США	Удостоверьтесь в ответе «да» на вопрос №5	
	Да,	у меня имеется разрешение на постоянное пребывание/вид на жительство в США	Удостоверьтесь в ответе «да» на вопрос №6	
	Да,	я соответствую критериям долгосрочного пребывания	Удостоверьтесь в ответе «да» на вопрос №8	
• Являясь налоговым резидентом США, я предоставляю	Да,	SSN (Social Security Number – Номер социального страхования США)		
		и(ли)		
		ITIN (individual Taxpayer Identification Number – индивидуальный идентификационный номер налогоплательщика США)		
Да,	ФИО на английском языке в соответствии с документом, удостоверяющим личность			
• Являясь налоговым резидентом США, я	выражаю свое согласие на передачу информации в соответствии с требованиями законодательства РФ и FATCA в налоговые органы США и уполномоченные органы РФ.		да	нет
	Я проинформирован(а), что в случае моего отказа ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни» имеет право на отказ в проведении операций			

ГАРАНТИИ И ЗАВЕРЕНИЯ

- Да, я подтверждаю, что информация, указанная в настоящей форме, является достоверной, и я не возражаю против дополнительной проверки
- Да, я понимаю, что предоставление ложных, противоречивых или заведомо недостоверных сведений о себе может повлечь ответственность и применение мер в соответствии с применимым законодательством, в том числе, отказ в проведении операций

(Ф.И.О. заявителя)

(Подпись заявителя)

--	--	--	--	--	--	--	--

(Дата (ДД.ММ.ГГ.))

