

ЗАЯВЛЕНИЕ

на страховую выплату по договору/ам страхования

— Данные по договору

По договору страхования №	<input type="text"/>	от	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		дд.мм.гг.							
По договору страхования №	<input type="text"/>	от	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		дд.мм.гг.							
По договору страхования №	<input type="text"/>	от	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		дд.мм.гг.							

Прошу произвести страховую выплату в связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая:

— Данные заявителя

Заявитель ФИО полностью	<input type="text"/>
Дата рождения дд.мм.гг.	<input type="text"/>

— Документ, удостоверяющий личность:

Тип документа	<input type="text"/>	Серия	<input type="text"/>	Номер	<input type="text"/>
Кем выдан	<input type="text"/>				
Дата выдачи дд.мм.гг.	<input type="text"/>	Код подразделения	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
ИНН РФ	<input type="text"/>	Нет гражданства РФ	<input type="checkbox"/>		

— Адрес проживания:

Индекс	<input type="text"/>	Область/край/ республика	<input type="text"/>
Город	<input type="text"/>	Улица	<input type="text"/>
Дом	<input type="text"/>	Корпус	<input type="text"/>
		Квартира	<input type="text"/>

— Контактная информация:

Телефон +7	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
------------	----------------------	--------	----------------------

Я даю свое согласие Страховщику на отправку мне СМС или сообщений по электронной почте с информацией о статусе рассмотрения данного заявления и/или запроса необходимых для рассмотрения заявления документов

— Я подтверждаю, что являюсь публичным должностным лицом (ПДЛ), супругом ПДЛ, близким родственником ПДЛ

При отметке «Да» необходимо заполнить анкету ПДЛ, приложение к заявлению: Да

*Перечень должностей, относящихся к понятию ПДЛ, расположен в разделе «Раскрытие информации» на официальном сайте Компании rosbank.ru. Указанный Перечень должностей используется для определения принадлежности к ПДЛ в соответствии с 115-ФЗ.

— Заявитель действует от:

<input type="checkbox"/> Собственного имени и в своих интересах	<input type="checkbox"/> Имени и в интересах Выгодоприобретателя
---	--

— Данные Выгодоприобретателя (застрахованного лица):

Заполнить если заявитель не является Выгодоприобретателем

Заявитель ФИО полностью	<input type="text"/>
Дата рождения дд.мм.гг.	<input type="text"/>

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Ф.И.О. Заявителя

Подпись Заявителя

Дата дд.мм.гг.

— Информация о событии, имеющем признаки страхового случая

Дата наступления события ДД.ММ.ГГ. . .

Отметить риск, в связи с наступлением которого подается заявление:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Смерть | <input type="checkbox"/> Инвалидность III группы | <input type="checkbox"/> Дожитие |
| <input type="checkbox"/> Инвалидность I группы | <input type="checkbox"/> Заболевание | <input type="checkbox"/> Временная нетрудоспособность |
| <input type="checkbox"/> Инвалидность II группы | <input type="checkbox"/> Травма | <input type="checkbox"/> Потеря работы/Снижение ЗП |

Обстоятельства и причины события (подробно описать произошедшее событие):

— Банковские реквизиты получателя выплаты:

ФИО полностью	<input type="text"/>
Наименование банка	<input type="text"/>
Корр. счет банка получателя	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
БИК банка получателя	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Номер лицевого счета получателя	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

В соответствии с нормами и требованиями Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ:

«В целях исполнения договора страхования Я даю своё согласие на обработку персональных данных Страховщику, а так же поручить обработку моих персональных данных (с учетом того, что применимо) „РБ Страхование Жизни“, юридический адрес – г. Москва, ул. Маши Порываевой, д. 34, этаж 2, ком. 62, а также иным обработчикам (далее – „Обработчики“), которые осуществляют обработку ПДн Страхователя / Застрахованного / Выгодоприобретателя по поручению Страховщика на основании заключенных с этими лицами договоров/соглашений (установленного образца) в связи с предоставлением услуг и исполнением Страховщиком обязательств, согласно условиям Договора страхования. Перечень ПДн, на обработку которых дается согласие в вышеуказанных целях (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), данные миграционной карты, контактная информация (адрес места жительства, фактический адрес, номер телефона, адрес электронной почты), платежные реквизиты, иные персональные данные, содержащиеся в Договоре и/или других документах, которые переданы/будут переданы Страховщику в связи с оказанием страховой услуги, а также данные, которые обрабатываются со слов Страхователя.»

Перечень действий, которые осуществляются по поручению с согласия Страхователя, и общее описание способов обработки вышеуказанных ПДн: 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). Перечисленные действия совершаются Обработчиками в целях исполнения договора страхования.»

«Я даю согласие на получение Страховщиком и Обработчиками сведений и/или документов, содержащих мои ПДн: (в т. ч. сведения о состоянии здоровья, составляющих врачебную тайну, согласно.3 ст.13 Федерального закона от 21. 11.2011г. № 323-ФЗ „Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации“): в лечебно-профилактических и судебно-медицинских учреждениях/организациях любых форм организации и форм собственности, а также в органах и учреждениях МВД, МЧС, и иных правоохранительных структур РФ. Я согласен на получение Страховщиком и /или ПАО РОСБАНК сведений и/или документов (в т. ч. сведения о состоянии здоровья, составляющих врачебную тайну, согласно.3 ст.13 Федерального закона от 21. 11.2011г. № 323-ФЗ „Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации“), связанных с наступлением страхового события и необходимых для решения вопроса о страховой выплате, следующими организациями:

– лечебно-профилактическими (в том числе больничными, амбулаторно-поликлиническими учреждениями, диспансерами, учреждениями скорой помощи независимо от формы собственности, врачами частной практики) и особого типа (в том числе центрами, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомическими бюро) учреждениями здравоохранения информации о состоянии моего здоровья, в том числе справок и актов о подтверждении инвалидности, выписок (эпикризов) из медицинских карт (историй болезни), актов медицинского освидетельствования, актов вскрытия, направлений на медико-социальную экспертизу, заключений медико-социальной и судебно-медицинской экспертизы;

– работодателем, правоохранительными органами, органами ЗАГС, в том числе копий актов о несчастных случаях, копий протоколов происшествий, справок, постановлений, выписок из книг регистрации актов гражданского состояния;

– иными организациями и индивидуальными предпринимателями в соответствии с федеральным законодательством РФ.»

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.

 . .

Ф.И.О. Заявителя

Подпись Заявителя

Дата ДД.ММ.ГГ.

Декларация налогового резидентства

— Декларация

Настоящим я
ФИО полностью

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

— Укажите страну и ИНН налогового резидентства (указать все страны без исключения)

Страна налогового резидентства:

ИНН в стране налогового резидентства:

1

2

3

4

5

Дополнительные пояснения:



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

Код причины

Описание причины

1

«ИНН не присваивается»

Законодательством данной страны (не предусмотрено присвоение ИНН для налоговых резидентов).

2

«ИНН не получен/не обязателен к раскрытию»

Присвоение ИНН предусмотрено налоговым законодательством страны (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 (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.

Опросник для клиентов физических лиц в целях fatca

Уважаемый клиент! В целях реализации требований Федерального закона от 28/06/2014 173-ФЗ и законодательства США о налогообложении иностранных счетов (Foreign account tax compliance act FATCA) ООО «РБ Страхование Жизни» обращается к Вам с просьбой:

- заполнить все пункты данного Опросника по порядку, если только в комментариях к ним не указано иное;
- если ответ на вопрос предполагает предоставление дополнительных документов или указание сведений, приложить все запрошенные документы в оригинале или должным образом заверенной копии и/или указать сведения в полном объеме.

Просим предоставить документы и сведения в 30 дневный срок.

В случае невозможности предоставления запрашиваемой информации и документов в установленные сроки просим незамедлительно обратиться в Компанию для согласования индивидуальных сроков. Просим обратить внимание, что срок для предоставления документов не может превышать 90 дней с даты первичного запроса.

Информируем Вас, что в соответствии с законодательством РФ в случае непредоставления Вами запрошенных документов и сведений в установленные сроки Компания имеет законное право отклонить ваши транзакции с возможностью последующего расторжения договора страхования.

Дата заполнения
дд.мм.гг. . .

1 Фамилия

2 Имя

3 Отчество

4 Дата рождения
дд.мм.гг. . .

5 Являетесь ли Вы гражданином США?
(в том числе, при наличии двух или более гражданств) Да Нет

При ответе «да» перейдите к пункту 12

6 Имеется ли у Вас в настоящий момент
или имелся ли ранее вид на жительство в США (форма I-551 «Green Card»)? Да Нет

При ответе «Да» перейдите к пункту 12

7 Является ли местом Вашего рождения территория США? Да Нет

8 Вы отказались от гражданства/вида на жительство в США? Да Нет

При ответе «Да» предоставьте документы из пунктов 8a–8c
При ответе «Нет» ответ на вопрос 5 должен быть «Да»

8a копия свидетельства, подтверждающего отказ от гражданства США
(Certificate of Loss of Nationality of the United States, form DS-4083)

8b копия отказа от статуса постоянного жителя США (Record of Abandonment
of Lawful Permanent Resident Status, form USCIS I-407)

8c иной документ основание/заявление, подтверждающие отсутствие
гражданства США

9 Соответствует ли Вы критериям долгосрочного пребывания в США? Да Нет

(Физическое лицо признается налоговым резидентом США по основанию «долгосрочного пребывания», если оно находилось на территории США не менее 31 дня в течение текущего календарного года и не менее 183 дней в течение 3 х лет, включая текущий год и два непосредственно предшествующих года. Налоговыми резидентами США не признаются учителя, студенты, стажеры, временно присутствующие на территории США на основании виз F, J, M, Q.)

10 Имеется ли у Вас адрес проживания или почтовый адрес в США? Да Нет

11 Имеете ли вы основной номер контактного телефона на территории США? Да Нет

. .

Ф.И.О. Заявителя

Подпись Заявителя

Дата дд.мм.гг.

12 Подтвердите: Вы являетесь налоговым резидентом США?
При ответе «Да» укажите информацию:

Да Нет

12a я являюсь гражданином США

Да

Ответ «да» на вопрос №5

12b у меня имеется разрешение
на постоянное пребывание/вид на жительство в США

Да

Ответ «да» на вопрос №6

12c я соответствую критериям долгосрочного пребывания
на территории США

Да

Ответ «да» на вопрос №8

12d SSN – Social Security Number (Номер социального страхования США)

12e ITIN – individual Taxpayer Identification Number (индивидуальный
идентификационный номер налогоплательщика США)

12e ITIN – individual Taxpayer Identification Number (индивидуальный
идентификационный номер налогоплательщика США)

12f 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.

Являясь налоговым резидентом США, я проинформирован(а), что в случае моего отказа ООО «РБ 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.