

## ЗАЯВЛЕНИЕ

на страховую выплату при дожитии до окончания действия договора страхования,  
определенного возраста/даты

Договор страхования №  от      г.

Я, \_\_\_\_\_, являюсь:

(ФИО Заявителя)

Застрахованным

Страхователем

Законным представителем Застрахованного

Фамилия	<input type="text"/>	Имя	<input type="text"/>
Отчество	<input type="text"/>	Дата рождения	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Место рождения	<input type="text"/>		
Гражданство	<input type="text"/>	Документ, удостоверяющий личность	Паспорт <input type="text"/> серия <input type="text"/> № <input type="text"/>
Дата выдачи	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Дата окончания срока действия (если имеется)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Выдан	<input type="text"/>		
ИНН	<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"/>	СНИЛС	<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"/>
Адрес места жительства (регистрации)	<input type="text"/>		
Адрес проживания (если отличается от регистрации)	<input type="text"/>		
Номер моб. телефона	+7 <input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ:	<p>Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в РФ</p> <p>Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия)</p>		
Являюсь налоговым резидентом США*	нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> если ДА необходимо заполнить анкету*		
Являюсь налоговым резидентом иного иностранного государства (территории)	нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> если ДА – указать каких государств и идентификационный номер налогоплательщика (TIN) для каждого государства (территории)		
	Государство/ИНН (TIN) _____		
Являюсь иностранным, российским публичным должностным лицом, должностным лицом публичной международной организации, супругом (супругой) или близким родственником указанного лица**	нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/>		
<p>* К налоговым резидентам США относятся: граждане США, лица, имеющие вид на жительство в США (карточка постоянного жителя США по форме I-551 «Green Card»), лица, соответствующие критериям долгосрочного пребывания на территории США, иные лица в соответствии с законодательством США. Критерии принадлежности к указанной категории лиц, а также форма дополнительной анкеты, которую необходимо заполнить в случае положительного ответа на данный вопрос, содержатся на сайте <a href="http://www.renlife.ru">www.renlife.ru</a></p> <p>** Критерии принадлежности к указанной категории лиц, а также форма дополнительной анкеты, которую необходимо заполнить в случае положительного ответа на данный вопрос, содержатся на сайте <a href="http://www.renlife.ru">www.renlife.ru</a></p>			

**На основании данного Заявления прошу произвести страховую выплату на мои банковские реквизиты:**

Наименование Банка (и его отделения): \_\_\_\_\_

**Получатель:** \_\_\_\_\_

БИК:

Расчетный счет:

Корреспондентский счет:

Лицевой счет / номер карты:

**Внимание!**

1. Если Застрахованным является ребенок или недееспособное/ограниченно дееспособное лицо, то их интересы, связанные с получением страховой выплаты, осуществляются законными представителями. Документы, подтверждающие их полномочия, должны прилагаться к Заявлению;
2. Если Заявление подписано лицом, предоставляющим полномочия предоставлять интересы в страховую компанию и действующего на основании доверенности, к Заявлению должна прилагаться нотариально удостоверенная доверенность.

**Подписывая настоящее Заявление я подтверждаю следующее:**

полноту и достоверность представленной информации;

(подпись)

(ФИО)

(Дата заявления)

**Служебные отметки:**

Вх. № \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_\_ г.

ФИО Сотрудника: \_\_\_\_\_

Должность: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_