

ЗАЯВЛЕНИЕ на страховую выплату

Договор страхования № от г.

Я, _____, являюсь:

(ФИО Заявителя)

Застрахованным / Наследником Застрахованного / Выгодоприобретателем

Страхователем

Законным представителем вышеперечисленного лица

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"/> г.
Гражданство	<input type="text"/>	Место рождения	<input type="text"/>
Документ, удостоверяющий личность	<input type="text"/> Паспорт	Код подразделения	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> серия <input type="text"/> № <input type="text"/>
Дата выдачи	<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"/>
Выдан	<input type="text"/>		
ИНН	<input type="text"/>	СНИЛС	<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"/> (индекс, область, район, город, улица, дом, квартира)		
Номер моб. телефона	<input type="text"/> +7 <input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ:	Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в РФ		
	Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия)		
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"/>		
* 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 www.renlife.ru			
**Критерии принадлежности к указанной категории лиц, а также форма дополнительной анкеты, которую необходимо заполнить в случае положительного ответа на данный вопрос, содержатся на сайте www.renlife.ru			

Сведения о Застрахованном (заполняется в случае, если о событии заявляет не Застрахованное лицо):

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"/>

Сведения о произошедшем событии:

Обстоятельства и описание события:	<input type="text"/>
------------------------------------	----------------------

Информация о страховом событии (необходимо отметить хотя бы одно событие):

<input type="checkbox"/> Смерть Застрахованного	<input type="checkbox"/> Смерть Страхователя	Дата смерти: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Причина смерти: <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Инвалидность Застрахованного	<input type="checkbox"/> Инвалидность Страхователя	Дата установления: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Диагноз: <input style="width: 50%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Группа инвалидности: первая <input type="checkbox"/> вторая <input type="checkbox"/> третья <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Первичное диагностирование смертельно опасного заболевания	Дата постановки диагноза: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Телесные повреждения в результате несчастного случая	Дата травмы: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Госпитализация	Дата госпитализации: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Хирургическое вмешательство	Дата операции: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Временная нетрудоспособность		
Период нетрудоспособности	с <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	по <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Период стационарного лечения (госпитализации):	с <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	по <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Диагноз: <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Дожитие Застрахованного до потери постоянной работы по независящим от него причинам	Дата увольнения: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
Дата, когда Застрахованный был уведомлен о его предстоящем увольнении: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
Отпуск по беременности и родам (если был отметить последний): Период отпуска с <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
по <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
Место работы Застрахованного, должность: <input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>		

Внимание!

- 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;
- Если Заявление подписано лицом, представляющим полномочия предоставлять интересы в страховую компанию и действующего на основании доверенности, к Заявлению должна прилагаться нотариально удостоверенная доверенность.

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

Наименование Банка (и его отделения): <input style="width: 90%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>				
Получатель: <input style="width: 90%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>				
БИК: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/>				
Расчетный счет: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/>				
Корреспондентский счет: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/>				
Лицевой счет / номер карты: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/>				

Подписывая настоящее Заявление, я подтверждаю следующее:

Полноту и достоверность представленной информации;
 Настоящим я предоставляю ООО «СК «Ренессанс Жизнь» и лицам, действующим по его поручению, право на обработку (в том числе сбор систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение любым, не противоречащим российскому законодательству способом (в том числе без использования средств автоматизации), на трансграничную передачу в страны, обеспечивающие адекватную защиту персональных данных и не обеспечивающие такую защиту, всех моих персональных данных (в том числе персональных данных о состоянии здоровья) в целях заключения и исполнения Договора страхования, а также в целях предоставления с помощью средств связи информации об исполнении Договора страхования и информации о страховых услугах, оказываемых Страховщиком. При этом такое согласие дается мной Страховщику на весь срок действия Договора страхования и в течение 5 (пяти) лет после прекращения действия Договора страхования и может быть отозвано мной в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного мной письменного уведомления.

(подпись)	(ФИО)	(Дата заявления)

Служебные отметки:

Вх.№ _____ - _____ / _____ от _____ .20____ г.	
ФИО Сотрудника: _____	
Должность: _____	Подпись: _____