

ЗАЯВЛЕНИЕ на единовременную страховую выплату по риску «Дожитие»

Я, (ФИО полностью), являющийся	
<input type="checkbox"/> Застрахованным лицом	<input type="checkbox"/> Выгодоприобретателем по риску «дожитие»
<input type="checkbox"/> Законным наследником Выгодоприобретателя по риску «дожитие»	
ИНН (при наличии):	Телефон:
Документ, удостоверяющий личность	
Серия и номер:	Дата выдачи:
Адрес фактического проживания:	
E-mail (необязательно)	

На основании договора / полиса страхования: № _____ от ____ . ____ . ____

в связи с дожитием Застрахованного лица до окончания срока страхования, **прошу причитающуюся мне сумму страховой выплаты перевести на мой (иначе указать ФИО получателя) счет, удержав налог на доходы физического лица в соответствии с действующим законодательством:**

ФИО получателя: (если отличается)	
БИК	ИНН Банка
Название банка:	
Расчетный счет (максимально разборчиво):	
Карточный / лицевой счет (при наличии):	

Я даю согласие на обработку, хранение, передачу и использование предоставленных мною своих персональных данных, с целью осуществления информационных почтовых и электронных рассылок, исходящего телефонного обзвона, бессрочно до получения ООО «СК СОГАЗ-ЖИЗНЬ» моего письменного уведомления об отказе от использования моих персональных данных

К заявлению прилагаю следующие документы:

- Копия договора страхования**
- Согласие на обработку персональных данных** (отдельный бланк с дополнительной информацией)
- Копия документа, удостоверяющего личность заявителя** (развороты с фото, пропиской, и сведениях о ранее выданных паспортах)

Если Страхователь, Застрахованный, Выгодоприобретатель – не одно и то же лицо:

- Документы, подтверждающие родство Выгодоприобретателя по дожитию со Страхователем** (при отсутствии документов Страх. компания будет обязана удержать со всей суммы выплаты и перечислить государству налог - НДФЛ)

Если получатель выплаты – не Застрахованный:

- Заверенная** (нотариусом или представителем стр. компании, не ранее даты дожития) **копия паспорта Застрахованного**
- Согласие на обработку перс.данных получателя выплаты и копия паспорта получателя выплаты**

Если фамилия Выгодоприобретателя или Застрахованного изменилась:

- Копия документа о смене фамилии**

Если Выгодоприобретатель – иностранный гражданин:

- Документы, подтверждающие законность пребывания на территории РФ** (вид на жительство или копия визы или копия паспорта с отметкой о пересечении границы с РФ и т.д.)

Заявитель: Фамилия И.О. _____ **Подпись*** _____

Дата (не ранее даты дожития, т.е. даты окончания договора + 1 день): _____ . ____ . **20** _____

Документы принял: Фамилия И.О. _____ **Подпись сотрудника** _____
(ФИО сотрудника / представителя страховой компании, который принял документы)

*В случае, если документы подписываются представителем Заявителя, необходима нотариальная доверенность либо решение органа опеки или суда. Рядом с подписью представителя указывается его полные ФИО и документ-основание.