

125252, Москва,
ул. Зорге, д. 22 А, оф. 811
info@prolife.ru



+7 495 967-1301
+7 495 967-1302
www.prolife.ru

Генеральному директору
ООО СК «ДЕЛО ЖИЗНИ» Велевой Л.В.

От _____
(Ф.И.О. Застрахованного-заявителя)

Заявление на выплату страховой суммы по риску «Дожитие Застрахованного лица»

серия полиса КАПИТАЛ полис № _____
паспортные данные Застрахованного серия _____ № _____
кем выдан _____ когда _____
адрес для корреспонденции Застрахованного _____

ИНН Застрахованного _____
номер телефона Застрахованного _____
E-mail _____

Настоящее Заявление на страховую выплату вышеуказанного полиса.

Настоящим я предоставляю ООО СК «ДЕЛО ЖИЗНИ» 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 и Застрахованного лица персональных данных (в том числе персональных данных о состоянии здоровья) в целях заключения и исполнения Договора страхования. 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.

Настоящим я подтверждаю, что не являюсь лицом, в отношении которого установлены и действуют программы санкций и иные ограничения, предусмотренные решениями компетентных органов Российской Федерации, иных стран и организаций, а также не являюсь лицами, внесенными в списки лиц, подверженных санкциям в связи с легализацией (отмыванием) доходов, террористической и иной незаконной деятельностью, формируемые указанными странами и организациями, и соглашаюсь с тем, что предоставление страхового покрытия, страховые выплаты или иные платежи в отношении лиц, на которых распространяются программы санкций или иные ограничения, или которые внесены в списки лиц, причастных к легализации (отмыванию) доходов, террористической и иной незаконной деятельности, будут сделаны при условии получения соответствующего разрешения органа, установившего санкцию/ограничение.

Во исполнение требований Федерального закона Российской Федерации от 07.08.2001 г. N 115-ФЗ настоящим я подтверждаю, что не являюсь иностранным публичным должностным лицом¹, должностным лицом публичной международной организации, лицом, занимающим государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности Федеральной государственной службы, назначение на ко-

¹ Под иностранным публичным должностным лицом понимается любое назначаемое или избираемое лицо, занимающее какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства, и любое лицо, выполняющее какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в том числе для публичного ведомства или публичного предприятия (например, главы государств или правительств, руководители государственных корпораций, ведущие политики, высшие правительственные или военные чиновники).

Подпись Заявителя _____ / _____ /
Фамилия И.О.

торые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, или
 должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации, а также супругом или близким

родственником такого лица. В ином случае обязуюсь заполнить «Заявление о принятии на обслуживание должностного лица» или «Уведомление о родстве с должностным лицом».

Во исполнение требований Федерального закона Российской Федерации от 28.06.2014 г. N 173-ФЗ настоящим я подтверждаю, что представленная выше информация об отсутствии у меня гражданства/вида на жительство и/или статуса налогоплательщика иностранного государства на момент подписания данного Заявления полна и достоверна. Настоящим предоставляю ООО СК «ДЕЛО ЖИЗНИ» право передавать информацию, указанную в Заявлении о страховании, приложениях к нему, и иную необходимую информацию в иностранный налоговый орган в целях исполнения требований законодательства о налогообложении иностранных счетов.

Прошу произвести выплату страховой суммы в связи с окончанием действия периода оплаты Программы добровольного страхования жизни «КАПИТАЛ» по риску «Дожитие Застрахованного лица» и причитающиеся денежные средства перечислить по следующим реквизитам:

Город: _____

Банк: _____

Отделение: _____

БИК (9 цифр)
 ИНН (10 цифр)
 к/с банка: (20 цифр)
 р/с банка: (20 цифр)
 л/с (20 цифр)
 счет карты (16 цифр)

владелец счета _____

Сумма страховых взносов, оплаченных за время периода оплаты _____

Согласно условиям Программы добровольного страхования жизни «КАПИТАЛ» для получения страховой выплаты - ежегодно, на очередную годовщину действия Договора страхования, Страховщику предоставляются следующие документы:

<input type="checkbox"/>	Заявление на выплату по установленной Страховщиком форме	
<input type="checkbox"/>	Копия паспорта, заверенная нотариально получателем выплаты	Дата заверения должна быть не ранее, чем дата очередной годовщины действия Договора страхования
<input type="checkbox"/>	Нотариальная доверенность на получение денежных средств	Доверенность необходима в случае, если владельцем счета не является Застрахованный
<input type="checkbox"/>	Документ, подтверждающий родственную связь Страхователя и Застрахованного (Выгодоприобретателя)	Для полисов, заключенных с 01.01.2014 года

При осуществлении страховой выплаты и дополнительного инвестиционного дохода Страховщик в соответствии с пп.2 п.1 ст.213 НК РФ исчисляет, удерживает и уплачивает в бюджет НДФЛ

Дата заполнения:

« ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись Заявителя _____ / _____ /

Фамилия И.О.