|  |  |
| --- | --- |
|  | ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь» Лицензии ЦБ РФ: СЖ № 3823 от 01.10.2015 г., СЛ № 3823 от 01.10.2015 г. на осуществление страхования.Россия, 125171, г. Москва, Ленинградское шоссе, д. 16, стр. 9.Тел.: +7 (495) 921-32-23. Сайт: www.lifeingos.ru |
| **Заявление[[1]](#footnote-1) на страховую выплату по Договору страхования № 885904/2022-161 от 14.02.2022 г. при наступлении страхового случая.** *(далее - Заявление)*  |

|  |
| --- |
| **ЗАСТРАХОВАННЫЙ** |
| ФИО |  |
| Дата рождения |  |
| **СВЕДЕНИЯ О СОБЫТИИ** |
| **Событие** |
| 🞎 | Смерть |
| 🞎 | Инвалидность |
| 🞎 | Утрата профессиональной трудоспособности |
| 🞎 | Временная утрата трудоспособности в результате болезни (амбулаторное/стационарное лечение) |
| 🞎 | Хирургическая операция или госпитализация |
| 🞎 | Критическое заболевание[[2]](#footnote-2) |
| 🞎 | Травма |
| 🞎 | Присасывание или укус клеща |
| 🞎 | Дожитие до недобровольной потери постоянной работы |
| **Дата страхового случая** |  |
| **Описание события** |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **ЗАЯВИТЕЛЬ** |
| **Я,** |  |
| 🞎 Застрахованный🞎 Представитель Застрахованного[[3]](#footnote-3) | 🞎 Выгодоприобретатель🞎 Представитель Выгодоприобретателя3 |
| Дата рождения |  | Пол 🞎 М 🞎 Ж | Гражданство | 🞎 РФ 🞎 иное \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(указать/перечислить)* |
| Место рождения |  |
| Документ, удостоверяющий личность | Вид |  | Cерия |  | № |  | Дата выдачи |  |
| к/п |  | Выдан |  |
| Адрес регистрации | Индекс |  | Страна |  | Область/край |  |
| Город/населенный пункт |  |
| Улица |  | дом |  | корп. |  | кв. |  |
| Адрес фактического места пребывания / почтовый*(для корреспонденции)* |  🞎 Совпадает с адресом регистрации | 🞎 Не совпадает с адресом регистрации (указать адрес ниже): |
| Индекс |  | Страна |  | Область/край |  |
| Город/населенный пункт |  |
| Улица |  | дом |  | корп. |  | кв. |  |
| ИНН (при наличии) |  | СНИЛС (при наличии) |  |
| Страна налогового резидентства[[4]](#footnote-4) | 🞎 РФ (являюсь налоговым резидентом РФ, находясь на территории РФ не менее 183 дней в календарном году)🞎 иное \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(указать/перечислить)* |
| TIN/TAX (для налоговых нерезидентов РФ)4 |  | Причина непредоставления |  |
| Статус ПДЛ (публичное должностное лицо)4 | 🞎 не являюсь | 🞎 являюсь 🞎 родственник ПДЛ | 🞎 Российское ПДЛ🞎 Иностранное ПДЛ🞎 Международное ПДЛ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(указать должность, родство)* |
| Контактные данные | телефон |  | электронная почта |  |
| Документ, подтверждающий полномочия Представителя *(если применимо)*  | Наименование: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. срок действия «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. |
| Для иностранных граждан или лица без гражданства | 🞎 Миграционная карта 🞎 Виза | Серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Дата начала срока «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.Дата окончания срока  «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.  |
| 🞎 Разрешение на временное пребывание 🞎 Вид на жительство | Серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Дата начала срока «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.Дата окончания срока  «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. |
| 🞎 Да🞎 Нет | Бенефициарным владельцем Застрахованного/Выгодоприобретателя является сам Застрахованный/Выгодоприобретатель4. |
| **ПРОШУ** ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь» (далее – Страховщик) (нужное отметить знаком «🗸») произвести страховую выплату: |
| 🞎 | в рамках дополнительной программы **«Освобождение от уплаты страховых взносов»** в счет уплаты взносов по основной программе страхования |
| 🞎 | **безналичным перечислением** по следующим реквизитам: |
|  ФИО/Наименование Получателя |  |
| Банк  |  |
| БИК Банка |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| К/счет |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Р/счет |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Л/счет |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ИНН Банка |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 🞎 | **наличными средствами** через кассу Страховщика в офисе по адресу г. Москва, Ленинградское шоссе, д. 16, стр. 9, в связи с оплатой страховой премии (всех страховых взносов) в кассу Страховщика |
| **Я разрешаю** любому медицинскому работнику или учреждению, имеющему информацию о моей истории болезни или истории болезни Застрахованного, физическом и психическом состоянии здоровья, предоставлять ее в случае необходимости страховой компании ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь», а ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь» ее получать и использовать только для решения вопросов, связанных с признанием данного случая страховым и определения размера страховой выплаты.Это разрешение действительно в течение трех лет, начиная с даты данного Заявления. Копия этого разрешения в такой же степени действительна, как и ее оригинал. |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(Подпись) | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(Расшифровка подписи) | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(Дата) |
| **Документы, подтверждающие факт страхового случая:** |
| 1. | Договор (полис) страхования, включая все дополнительные соглашения. |
| 2. | Документ, удостоверяющий личность Заявителя[[5]](#footnote-5). |
| 3. | Документ, удостоверяющий личность Застрахованного (если Застрахованный не является Заявителем)5.  |
| 4. | Для иностранных граждан или лица без гражданства дополнительно - документ, подтверждающий право на пребывание/проживание на территории РФ (миграционная карта, виза/разрешение на временное пребывание /вид на жительство). |
| 5. | Документ, подтверждающий полномочия Представителя *(если применимо).* |
| 6. | Иные документы: |
| **СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ** |
| Данное согласие дается в отношении персональных данных, которые включают: все вместе и каждые в отдельности, персональные данные, относящиеся к Заявителю / Застрахованному и/или Выгодоприобретателю (далее – субъекты ПДн) в заявлении и документах к нему.Субъекты ПДн подтверждают свое согласие ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь» расположенному по адресу: г. Москва, Ленинградское шоссе, д. 16, стр. 9 на обработку персональных данных Заявителя / Застрахованного и/или Выгодоприобретателя (фамилию, имя, отчество, дату и место рождения, пол, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность, адрес регистрации и проживания, телефон, электронную почту, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и случаях обращения в медицинские учреждения) включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, блокирование, удаление, уничтожение, передачу (предоставление, доступ) персональных данных субъектов ПДн третьим лицам (перечень третьих лиц Страховщика указан на сайте Страховщика [www.lifeingos.ru](http://www.lifeingos.ru)), трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с персональными данными субъектов ПДн, с учетом действующего законодательства. Указанные действия могут производиться Страховщиком с использованием средств автоматизации (автоматизированная обработка) и без использования таких средств (неавтоматизированная обработка).Настоящее согласие дано в момент подписания настоящего Заявления и действует не менее 5 (пяти) лет с даты прекращения Договора (в т.ч. при его расторжении). Субъекты ПДн согласны, что предоставленная информация в отношении субъекта ПДн,  являющегося налоговым резидентом иностранного государства (территории), включая финансовую информацию по заявлению, может быть передана ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь» в федеральный исполнительный орган, уполномоченный по контролю и надзору в области налогов и сборов и они могут обмениваться ей с иностранным налоговым органом в соответствии с условиями межгосударственного соглашения по обмену информацией о финансовых счетах. В случае изменения гражданства (в т.ч. получение второго гражданства) и/или получения вида на жительство в иностранном государстве и/или приобретения статуса налогоплательщика иностранного государства обязуюсь уведомить Страховщика в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней.Субъекты ПДн уведомлены о том, что вправе отозвать свое согласие посредством составления соответствующего документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Страховщика. В случае поступления от Субъекта ПДн письменного заявления об отзыве персональных данных Страховщик вправе рассматривать указанное заявление как уведомление о расторжении Договора страхования в отношении такого Субъекта, который будет снят со страхования по Договору страхования не позднее 10 (десяти) дней с момента получения указанного заявления от Страхователя; страховщик вправе продолжить обработку персональных данных Субъекта ПДн без его согласия в случаях, предусмотренных действующим законодательством. |
| **Внимание:** 1. Если по предоставленным документам установить факт наличия страхового случая либо его отсутствие не представляется возможным, то Страховщик вправе запросить дополнительные документы, согласно Правил страхования/Условиям страхования, на основании которых заключен Договор страхования. Срок принятия решения по заявленному случаю приостанавливается до даты получения Страховщиком дополнительных документов.
2. При страховой выплате в безналичном порядке, предоставление банковских реквизитов обязательно. Если банковские реквизиты не будут предоставлены или указаны неверно либо предоставлены не в полном объеме, Страховщик имеет право запросить недостающие сведения и предусмотреть возможность продлить (приостановить) срок осуществления страховой выплаты, установленный в Договоре страхования, до получения Страховщиком указанных сведений.
3. В случае принятия решения о непризнании случая страховым, отказе (отсрочке) в выплате Страховщик информирует Заявителя в письменной форме не позднее 3 (трех) рабочих дней с даты принятия решения о непризнании случая страховым. Срок принятия решения установлен Правилами страхования/Условиями страхования, на которых заключен договор.
 |
|  |  |   |  |
|  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Расшифровка подписи) |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Дата) |  |
| Представитель Страховщика:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Расшифровка подписи) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Дата) |

Ф.300.1

**Памятка по заполнению Заявления на выплату (далее – Памятка)**

1. Заполнение шапки Заявления:
	1. Дополнить наименование документа данными о номере и дате Договора страхования;
2. Заполнение полей раздела «Застрахованный»: указать ФИО (полностью) и дату рождения;
3. Заполнение раздела «Сведения о событии»:
	1. Отметить знаком «🗸» один из представленных вариантов события;
	2. В поле «Дата страхового случая» необходимо указать дату события;
	3. В поле «Описание события»: опишите подробно обстоятельства события.
4. Заполнение раздела «Заявитель»:
	1. «Я»: и отметить знаком «🗸» один из представленных вариантов вашего статуса:
* Застрахованный – в случае если Вы являетесь Застрахованным по Договору страхования;
* Выгодоприобретатель - в случае если Вы являетесь Выгодоприобретателем по Договору страхования и дополнительно заполните Анкету физического лица данными Застрахованного[[6]](#footnote-6);
* Представитель Застрахованного - в случае если Вы являетесь представителем, в том числе законным представителем несовершеннолетнего Застрахованного. Дополнительно заполните Анкету физического лица данными Застрахованного6;
* Представитель Выгодоприобретателя - в случае если Вы являетесь представителем, в том числе законным представителем несовершеннолетнего Выгодоприобретателя. Дополнительно заполните Анкету физического лица данными Застрахованного6.
	1. «Дата рождения»: указать число, месяц, год рождения (в формате дд.мм.гггг);
	2. «Пол»: отметить знаком «🗸» один из представленных вариантов мужской/женский;
	3. «Гражданство»: отметить соответствующим знаком («🗸»): «РФ», если Вы являетесь гражданином РФ, или «Иное», если Вы имеете иное гражданство и дополнительно его указать;
	4. «Место рождения»: указать город/населенный пункт рождения (по паспорту);
	5. «Документ удостоверяющий личность»: вид документа (например, паспорт или ID-card), серия и номер документа, кем выдан, дата выдачи (в формате дд.мм.гггг), код подразделения (при наличии);
	6. «Адрес регистрации»: указать адрес регистрации по паспорту, а именно: индекс, страна, область, город/населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира;
	7. «Адрес фактического проживания»: отметить знаком «🗸»: «Совпадает с адресом регистрации» (дальнейшее заполнение не требуется) или «Не совпадает с адресом регистрации» и указать адрес фактического проживания, а именно: индекс, страна, область, город/населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира;
	8. «ИНН (для РФ при наличии)»: указать ИНН (заполняется при его наличии);
	9. «СНИЛС (при наличии)»: указать номер при его наличии;
	10. Заполняется Заявителем, являющимся Застрахованным/Выгодоприобретателем:
* «Страна налогового резидентства»: отметить соответствующим знаком («🗸»): «РФ (являюсь налоговым резидентом РФ, находясь на территории РФ не менее 183 дней в календарном году)» или «Иное» при принадлежности к налоговой системе страны, иной, чем РФ (с указанием страны);
* «TIN/TAX (для налоговых нерезидентов РФ)»: идентификационный номер налогоплательщика иностранной юрисдикции. В случае если документ не предоставлен, то необходимо заполнить поле «Причина непредоставления»;
	1. «Статус ПДЛ (публичное должностное лицо)» необходимо указать знаком «🗸», один из представленных вариантов:
* При выборе «Не являюсь» - дальнейшее заполнение полей не обязательно;
* При выборе «Являюсь ПДЛ» / «Родственник ПДЛ» необходимо выбрать один из представленных вариантов: «Российское ПДЛ»; «Иностранное ПДЛ»; «Международное ПДЛ», далее указать должность ПДЛ или родство с ПДЛ;
	1. «Контактные данные» необходимо указать номер мобильного телефона (можно указать несколько номеров при наличии) и адрес электронной почты;
	2. «Документ, подтверждающий наличие полномочий Представителя» (если применимо)»: заполнить наименование документа (например, доверенность, свидетельство о рождении), номер, дату выдачи, срок действия (при наличии).
	3. Для иностранных граждан или лиц без гражданства: отметить знаком «🗸» тип документа (миграционная карта/виза, разрешение на временное проживание /вид на жительство), серия, номер документа, дату начала и окончания пребывания/проживания в РФ;
	4. «Бенефициарным владельцем Застрахованного/Выгодоприобретателя является сам Застрахованный/Выгодоприобретатель»: отметить соответствующим знаком («🗸») «да» или «нет».
1. Заполнение раздела «Выплата»:
	1. В разделе необходимо указать соответствующим знаком («🗸»), один из следующих вариантов:
* в рамках дополнительной программы «Освобождение от уплаты страховых взносов» в счет уплаты взносов по основной программе страхования;
* «безналичным перечислением по следующим реквизитам:» и заполнить реквизиты для перечисления;
* наличными средствами через кассу Страховщика в офисе по адресу г. Москва, Ленинградское шоссе, д. 16, стр. 9, только в случае оплаты страховой премии (всех страховых взносов) в кассу Страховщика*.*
1. Внимательно ознакомьтесь с разрешением медицинскому работнику или учреждению.
2. Необходимо ознакомиться с реестром документов в столбце «Документы, подтверждающие факт страхового случая». Напротив документа, который Вы предоставляете, поставить знак «🗸»;
	1. В разделе «Иные документы» необходимо указать наименование предоставленного документа.
3. Внимательно ознакомьтесь с информацией, указанной в «Согласии на обработку персональных данных».
4. Внимательно ознакомьтесь с информацией, указанной в разделе «Внимание».
5. Поставьте свою подпись с расшифровкой и дату подачи заявления в Страховую компанию. Дата соответствует дате передачи Заявления в Страховую компанию,
6. При нарушении правил заполнения, предусмотренных данной памяткой, заявление считается испорченным и
1. Все поля заявления должны быть заполнены в соответствии с Памяткой по заполнению Заявления на выплату. [↑](#footnote-ref-1)
2. Критическое заболевание - значительное нарушение жизнедеятельности организма (необратимое заболевание, диагноз или хирургическое вмешательство, в том числе онкологическое заболевание). [↑](#footnote-ref-2)
3. Дополнительно заполняется Анкета физического лица. Анкета физического лица не заполняется в случае смерти Застрахованного. [↑](#footnote-ref-3)
4. Заполняется Заявителем, являющимся Застрахованным/Выгодоприобретателем. [↑](#footnote-ref-4)
5. В случае если документ, удостоверяющий личность Застрахованного, менялся после заключения Договора страхования (замена, получение нового документа и т.д.), необходимо дополнительно предоставить данные, содержащие информацию о предыдущем документе (например: при предоставлении паспорта РФ: копии 2, 3, 19 страниц Паспорта). [↑](#footnote-ref-5)
6. Анкета физического лица не заполняется в случае смерти Застрахованного. [↑](#footnote-ref-6)