

Заявление на выплату страхового обеспечения при дожитии до установленного срока или до окончания действия Договора страхования (Полиса)



Заявление на трех листах. Все поля обязательны для заполнения (при отсутствии данных заполняется «нет» или «не имею»)

№ Полиса

Застрахованное лицо	<input type="text" value="Ф. И. О. полностью"/>
Страхователь	<input type="text" value="Ф. И. О. полностью"/>

Данные Получателя выплаты

(Застрахованного лица или Выгодоприобретателя по дожитию, назначенного в установленном порядке)

Получатель выплаты Муж. Жен.

Дата рождения Место рождения

Паспортные данные

Серия Номер Дата выдачи

Кем выдан

Код подразделения

ИНН СНИЛС

Имеющиеся гражданства* Виды на жительство

* Для иностранных граждан и лиц без гражданства в обязательном порядке предоставляются миграционная карта и документ, подтверждающий право пребывания лица на территории РФ.

Адрес регистрации

Индекс Страна Город

Область/край

Улица Дом Корпус Квартира

Адрес проживания (адрес для корреспонденции), если отличается от адреса регистрации

Индекс Страна Город

Область/край

Улица Дом Корпус Квартира

Контактная информация

Телефон мобильный код страны код №

Телефон контактный код страны код №

E-mail

Место работы/название компании Должность/ описание служебных обязанностей

Ф. И. О. финансового консультанта Код финансового консультанта/брокера

Я согласен/согласна, что АО «МетЛайф» вправе удержать сумму задолженностей из причитающихся мне выплат. Я понимаю и признаю, что данная выплата будет означать полное и окончательное выполнение всех обязательств АО «МетЛайф» по данному Договору страхования (если иное не предусмотрено действующей Спецификацией Полиса или Дополнительным соглашением к Договору страхования (Полису)).

Прошу перевести денежные средства из суммы, начисленной мне к выплате, в счет оплаты других полисов или заявлений на страхование:

Номер Полиса/Заявления	Ф.И.О. Страхователя (полностью), в пользу которого перечисляются денежные средства, и степень родства	Сумма перевода (руб.)

Получатель выплаты Застрахованное лицо Финансовый консультант Менеджер Агентства

(подпись) (подпись) (подпись) (подпись)

Дата Дата Дата Дата

Заявление на выплату страхового обеспечения при дожитии до установленного срока или до окончания действия Договора страхования (Полиса)



Продолжение

№ Полиса

Выплату прошу произвести на банковский счет по следующим реквизитам:

Банк Получателя

ИНН банка

БИК банка

Корр/с банка

Р/с банка

(в случае наличия Л/с или номера карты Получателя)

Р/с Получателя

Ф. И. О. Получателя

Ф. И. О. Получателя полностью в именительном падеже

Л/с или номер карты Получателя
(обязателен для заполнения, если указан р/с Банка)

20 или 22 знака в зависимости от того, где открыт лицевой счет

Допустимо предоставление банковской выписки с указанными в ней полными реквизитами Получателя.

В случае предоставления неполных / некорректно указанных банковских реквизитов выплата будет задержана до получения от Получателя уточняющей информации.

Дополнительная информация:

Приложите к заявлению копии паспортов Застрахованного лица и Выгодоприобретателя по дожитию.

Настоящим я предоставляю АО «МетЛайф», расположенному по адресу: 127015, г. Москва, ул. Бутырская, 76, стр. 1, и его партнерам право на обработку (в том числе сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, извлечение, передачу (в том числе предоставление, доступ), 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, всех моих персональных данных (в том числе персональных данных о состоянии здоровья и/или содержащих врачебную тайну, и/или сведений, содержащихся в Договоре страхования, а также данных, содержащихся в документах, предоставляемых мной в связи с наступлением Страхового события), необходимых для осуществления Страховщиком страховой деятельности (в том числе, для заключения и дальнейшего исполнения Договора страхования (в том числе, для урегулирования убытков, информирования меня о решениях, принимаемых по моим обращениям, действиях, совершаемых Страховщиком в связи с направленными мной обращениями), перестрахования рисков), а также в целях предоставления мне с помощью средств связи (в том числе по сетям электросвязи (телефону, факсу, мобильной связи и электронной почте и т. д.)) информации об исполнении Договора страхования и информации о страховых услугах, оказываемых Страховщиком. Информация о партнерах Страховщика (их наименования, адреса и цели обработки персональных данных), которым АО «МетЛайф» может передать мои персональные данные в соответствии с настоящим согласием, размещена на официальном сайте АО «МетЛайф» по адресу: <http://www.metlife.ru/> и/или может быть мне предоставлена на основании отдельного письменного запроса.

Настоящим я также предоставляю АО «МетЛайф» право передавать на обработку (в том числе сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, извлечение, обезличивание, блокирование, уничтожение любым, не противоречащим российскому законодательству, способом (в том числе без использования средств автоматизации)) компании Metropolitan Life Insurance Company, адрес: USA, New York, 1095, Avenue of the Americas, мои персональные данные (фамилию, имя, отчество, пол, адрес, дату рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность, род деятельности, реквизиты заключенного Договора страхования) для целей выполнения группой компаний MetLife требований по соблюдению законодательства в области противодействия легализации доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма, а также в области осуществления финансовых операций с иностранными гражданами и юридическими лицами.

Давая согласие, я действую по своей воле и в своих интересах. Настоящее согласие дается 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 Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель(-ли) не являемся лицами, в отношении которых установлены и действуют программы санкций и иные ограничения, предусмотренные решениями компетентных органов Российской Федерации, иных стран и организаций, а также не являемся 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(-ем) 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.

Получатель выплаты

Застрахованное лицо

Финансовый консультант

Менеджер Агентства

(подпись)

(подпись)

(подпись)

(подпись)

Дата

Дата

Дата

Дата

Заявление на выплату страхового обеспечения при дожитии до установленного срока или до окончания действия Договора страхования (Полиса)



Продолжение

Во исполнение требований Федерального закона Российской Федерации от 07.08.2001 г. № 115-ФЗ настоящим я подтверждаю, что Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель(-ли) не являемся иностранными публичными должностными лицами*, должностными лицами публичной международной организации, лицами, замещающими (занимающими) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности Федеральной государственной службы, назначение на которые 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 их супругами или близкими родственниками. В ином случае обязуюсь заполнить «Анкету публичного должностного лица».

Настоящим я подтверждаю, что не имею Бенефициарного владельца (физическое лицо, предусмотренное Федеральным законом от 07.08.2001 № 115-ФЗ) и действую от собственного имени и в своих интересах. В ином случае обязуюсь заполнить «Уведомление о Бенефициарных владельцах».

Во исполнение требований Федерального закона Российской Федерации от 28.06.2014 г. № 173-ФЗ настоящим я подтверждаю, что представленная выше информация о наличии/отсутствии у Страхователя, Застрахованного лица и назначенных Выгодоприобретателей гражданства/вида на жительство и/или статуса налогоплательщика иностранного государства на момент подписания данного Заявления полна и достоверна. В случае изменения статуса гражданства (включая двойное гражданство) Страхователя, Застрахованного лица или Выгодоприобретателей, и/или получения вида на жительство в иностранном государстве указанными выше лицами, и/или приобретения статуса налогоплательщика иностранного государства указанными выше лицами, а также замены Страхователя и/или Выгодоприобретателя на лицо, имеющее гражданство/вид на жительство и/или статус налогоплательщика иностранного государства, обязуюсь уведомить об этом АО «МетЛайф» в течение 30 (тридцати) дней. Настоящим предоставляю АО «МетЛайф» 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.

* 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).

Получатель выплаты

Застрахованное лицо

Финансовый консультант

Менеджер Агентства

(подпись)

(подпись)

(подпись)

(подпись)

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____