

Заявление на страховую выплату

Единовременная выплата/выплата купона

Данные выгодоприобретателя

Я,	
Гражданство (при наличии второго указать)	
Статус налогоплательщика	Налоговый резидент РФ ¹ Налоговый резидент иного государства ²
ИНН (при наличии)	СНИЛС (при наличии)
Дата рождения	
Место рождения	
Адрес регистрации (с индексом)	
Адрес места жительства (при отличии; с индексом)	
Телефон	E-mail
Документ, удостоверяющий личность	Паспорт гражданина РФ Иной документ (дополнительно Вам необходимо заполнить анкету выгодоприобретателя)
Серия (при наличии) и номер	
Дата выдачи	Код подразделения
Орган, выдавший документ	

На основании договора/полиса страхования №

от

Прошу произвести страховую выплату по риску «Дожитие» в связи с дожитием застрахованного:	
Ф.И.О. застрахованного	
Дата рождения застрахованного	

Выплату прошу произвести

Безналичным перечислением на расчетный счет (ниже указать реквизиты)	
Реквизиты получателя	
Ф. И. О. получателя ³	
БИК банка	
Расчетный (лицевой) счет получателя	
Зачислить в счет очередных платежей	
Номер полиса	Сумма перевода
Номер полиса	Сумма перевода
Номер полиса	Сумма перевода

1. Налоговый резидент РФ – лицо, находящееся в Российской Федерации суммарно более 183 календарных дней в течение 12 следующих подряд месяцев
2. Налоговый резидент иного государства – лицо, находящееся в Российской Федерации суммарно менее 183 календарных дней в течение 12 следующих подряд месяцев
3. В случае если получатель отличается от выгодоприобретателя, то необходимо заполнить анкету Выгодоприобретателя на получателя

Подпись выгодоприобретателя

Для целей FATCA⁴ я подтверждаю (путем проставления галочки слева), что:

- не имею гражданства США;
- не имею разрешения на постоянное пребывание в США (форма I 551 Green Card);
- долгосрочно не пребываю в США;
- не был рожден на территории США;
- не имею адреса проживания / почтового адреса на территории США;
- не имею телефонного номера, зарегистрированного в США;
- не имею постоянного поручения о переводе средств на счет, открытый в США;
- не имею доверенности (права подписи), предоставленной(-ого) лицу, проживающему в США;
- не являюсь налоговым резидентом США.

Настоящим я подтверждаю, что информация, указанная выше, является достоверной. В случае изменения сведений, представленных в рамках данной формы, я обязуюсь предоставить в ООО «Зетта Страхование жизни» обновленную информацию не позднее 30 дней с момента их изменения. **В случае несогласия** с утверждениями выше я даю согласие ООО «Зетта Страхование жизни» на предоставление налоговой службе США данных обо мне, необходимых для заполнения установленных Налоговой службой США форм отчетности.

Внимание. В случае если какое-либо из указанных выше утверждений неверно, то Вам необходимо заполнить дополнительную форму, которая будет направлена Вам страховщиком после направления настоящего заявления и документов, удостоверяющих личность.

4. FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) – Закон США «О налогообложении иностранных счетов».

Я подтверждаю, что я не являюсь: Иностраным публичным должностным лицом (ИПДЛ); Должностным лицом публичной международной организации; Российским публичным должностным лицом (РПДЛ); Супругом/родственником одного из вышеуказанных лиц	ДА	НЕТ
Должность		
Наименование работодателя		
Адрес работодателя		
Степень родства		

Я проинформирован и согласен с тем, что выплата осуществляется после предоставления полного комплекта документов страховщику в сроки, не превышающие 10 рабочих дней, если иное не предусмотрено условиями договора страхования. Гарантирую, что передача Оператору персональных данных Застрахованных, Выгодоприобретателей, Получателей страховой выплаты происходит с их письменного согласия, которое обязуюсь предоставить Оператору по его требованию.

Ф.И.О. выгодоприобретателя

Подпись выгодоприобретателя

Наступление страхового события по вышеуказанному риску подтверждаю:

Ф.И.О. застрахованного

Подпись застрахованного

Дата заполнения заявления