

В Отдел страховых выплат Закрытого акционерного общества ЗАО «АЛИКО»

От Заявителя (нужное подчеркнуть): Выгодоприобретателя/ законного наследника/
Застрахованного Лица¹

(Ф.И.О. полностью)

(дата и место рождения)

или от лица, действующего в интересах

Выгодоприобретателя/ законного наследника/ Застрахованного Лица

(Ф.И.О. полностью)

(дата и место рождения)

Почтовый адрес Заявителя и контактный телефон: _____

По Полису/ Договору № _____

Дата рождения Выгодоприобретателя: _____

Адрес регистрации Выгодоприобретателя: _____

Адрес проживания Выгодоприобретателя: _____

Номер контактного телефона Выгодоприобретателя: _____

Сведения о документе, удостоверяющем личность Выгодоприобретателя (наименование документа, серия, номер, орган, выдавший документ, дата выдачи документа): _____

Гражданство Выгодоприобретателя: _____

ИНН Выгодоприобретателя: _____

Данные миграционной карты Выгодоприобретателя (если есть): _____

Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации Выгодоприобретателя (если есть): _____

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу выплатить страховое обеспечение по Полису № _____ в связи со смертью Застрахованного Лица/
Страхователя (Ф.И.О. полностью) _____.

Дата, время, место и обстоятельства наступления смерти (при нехватке места, пожалуйста, просьба заполнить на отдельном листе): _____.

Страховое обеспечение прошу перевести на банковский счет по реквизитам, указанным в приложенном бланке платежного поручения.

Заявляю, что вся информация, предоставленная мной в Заявлении, достоверна и полна в соответствии с моими знаниями и убеждениями. Настоящим даю согласие ЗАО «АЛИКО» на сбор любой информации по указанному в Заявлении событию, включая медицинскую информацию о здоровье Застрахованного Лица, в любых учреждениях. Настоящим я предоставляю ЗАО «АЛИКО» 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), всех моих и Застрахованного Лица персональных данных (в том числе персональных данных о состоянии здоровья) в целях заключения и исполнения договора страхования, а также в целях предоставления с помощью средств связи информации об исполнении договора страхования и информации о страховых услугах, оказываемых Страховщиком. При этом такое согласие дается мной Страховщику на весь срок моей жизни и может быть отозвано в любой момент времени после окончания срока действия договора страхования путем передачи Страховщику подписанного мной письменного уведомления. Настоящим заявлением я разрешаю любому медицинскому работнику или учреждению, имеющему информацию о моем и Застрахованного Лица здоровье, истории заболевания или травмы, физическом и психическом состоянии, диагнозе, лечении и прогнозе состояния здоровья, предоставлять такую информацию в ЗАО «АЛИКО».

Документы (оригиналы или заверенные копии), подтверждающие наступление смерти Застрахованного Лица/ Страхователя, личность Заявителя и его отношение к Застрахованному Лицу прилагаю.

¹ **Примечание:**

1. Если Выгодоприобретателем является несовершеннолетний ребенок или недееспособное/ограниченно дееспособное лицо, то их интересы, связанные с получением страховой выплаты, осуществляются законными представителями. Документы, подтверждающие полномочия перечисленных лиц, должны прилагаться к Заявлению.
2. Если Заявление подписано лицом, действующим на основании доверенности, к Заявлению должна прилагаться доверенность или ее нотариально заверенная копия; если законным наследником – Свидетельство о праве на наследство по закону.

ФИО полностью и подпись Заявителя

дата

