

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ ПО ПРОГРАММЕ КРЕДИТНОГО СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ,
ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ ЗАО «АЛИКО» ЗАЕМЩИКАМ КРЕДИТОВ/ВЛАДЕЛЬЦАМ КРЕДИТНЫХ КАРТ БАНКА**
« _____ », филиал « _____ », отделение « _____ », город _____

В Отдел страховых выплат ЗАО «АЛИКО»

Я (ФИО Заявителя) _____
паспорт № _____, серия _____, выдан (когда и кем) _____, являющийся (нужное отметить)

- Застрахованным Лицом,
 Выгодоприобретателем/Законным наследником Застрахованного Лица или
 лицом, действующим в интересах (нужное подчеркнуть) Застрахованного Лица/Выгодоприобретателя/Законного наследника (имя лица, от лица которого действует Заявитель, номер его паспорта/свидетельства о рождении для несовершеннолетних)* _____

прошу выплатить страховое обеспечение по нижеуказанному страховому событию, произошедшему с нижеуказанным Застрахованным Лицом.

- Смерть Застрахованного Лица**
 Постоянная полная нетрудоспособность Застрахованного Лица
 Временная нетрудоспособность Застрахованного Лица
 Первичное диагностирование смертельно-опасного заболевания у Застрахованного Лица
 Дожитие до события недобровольная потеря работы Застрахованным Лицом

Сведения о Застрахованном Лице и произошедшем страховом событии:

Ф.И.О. ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА (ПОЛНОСТЬЮ)				
ПАСПОРТ	СЕРИЯ		НОМЕР	
	КЕМ ВЫДАН		КОГДА	
ДАТА РОЖДЕНИЯ				
№ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ (СТРАХОВОГО СЕРТИФИКАТА), ОТ КАКОГО ЧИСЛА				
ДАТА НАСТУПЛЕНИЯ СТРАХОВОГО СОБЫТИЯ				
ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НАСТУПЛЕНИЯ СТРАХОВОГО СОБЫТИЯ (ВРЕМЯ, МЕСТО, ПОДРОБНОЕ ОПИСАНИЕ СОБЫТИЯ)				
КЛИЕНТ АВТОДИЛЕРА (УКАЗАТЬ НАЗВАНИЕ АВТОДИЛЕРА)				
КЛИЕНТ СТРАХОВОГО БРОКЕРА (УКАЗАТЬ НАЗВАНИЕ БРОКЕРА)				
ТИП БАНКОВСКОГО ПРОДУКТА		<input type="checkbox"/> -«ИПОТЕЧНЫЙ КРЕДИТ» <input type="checkbox"/> -«АВТОКРЕДИТ» <input type="checkbox"/> -«ПОТРЕБИТЕЛЬСКИЙ КРЕДИТ» <input type="checkbox"/> - «КРЕДИТНАЯ КАРТА» <input type="checkbox"/> - «ДЕБЕТОВАЯ КАРТА С ОВЕРДРАФТОМ»		

К настоящему Заявлению прилагаю следующие документы:

№	Наименование документа	Серия и номер документа	Кол-во штук	Примечание
1	Копия паспорта (страницы с отметками)**			
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10...				

Контактная информация Заявителя:

Адрес для корреспонденции: _____

Контактный телефон: _____

Страховое возмещение прошу перечислить на текущий счет Застрахованного Лица в вышеуказанном Банке, а в случае полного исполнения Застрахованным Лицом обязательств по кредитному договору с Банком по реквизитам, указанным в Приложении №1 к настоящему Заявлению.

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 персональных данных (в том числе персональных данных о состоянии моего здоровья) в целях заключения и исполнения договора страхования, а также в целях предоставления мне 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 здоровье, о моей истории заболевания или травмы, физическом и психическом состоянии, диагнозе, лечении и прогнозе состояния здоровья, предоставлять такую информацию в ЗАО «АЛИКО».

Дата (дд/мм/гггг) _____

ФИО и подпись Заявителя

*Если законным наследником Застрахованного Лица является ребенок или недееспособное/ограниченно дееспособное лицо, то их интересы, связанные с получением страховой выплаты, осуществляются законными представителями. Оригиналы или нотариально заверенные копии документов, подтверждающих полномочия перечисленных лиц, должны прилагаться к настоящему Заявлению.

Если Заявление подписано лицом, действующим на основании доверенности, к настоящему Заявлению должен прилагаться оригинал доверенности или ее нотариально заверенная копия; если законным наследником – оригинал или нотариально заверенная копия Свидетельства о праве на наследство по закону на страховую выплату.

**Заявителя и Застрахованного Лица. Обязательный документ.

Приложение №1

Реквизиты для получения страховой выплаты***:

ФИО																																															
Банк получателя																																															
ИНН получателя	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td> </tr> </table> <p>10 знаков у юрид лиц (Банк) или 12 знаков если Физ лица</p>													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																				
Получатель	Банк или ФИО в именительном падеже																																														
БИК	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td> </tr> </table> <p>знаков</p>										1	2	3	4	5	6	7	8	9																												
1	2	3	4	5	6	7	8	9																																							
к/сч. №	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td> </tr> </table> <p>знаков</p>																					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																												
р/сч.№	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td> </tr> </table> <p>знаков</p>																					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																												
Назначение платежа:	ФИО полностью в именительном падеже																																														
л/с получателя	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td></td><td>21</td><td>22</td> </tr> </table> <p>20 или 22 знака в зависимости где открыт л/с</p>																					/			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		21	22
																				/																											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		21	22																									

Комментарии по заполнению реквизитов:

- ФИО** – фамилия, имя, отчество получателя страховой выплаты;
- Банк получателя** – наименование банка, включая форму собственности: ЗАО,ООО и т.п. и, если необходимо, название и номер филиала (часто бывает у Сбербанка)
- Получатель** –
 - 1) ФИО получателя страховой выплаты, если:
 - лицевой счет частного лица содержит 20 знаков и при этом расчетный счет банка (чаще всего Сбербанк) начинается не на «3»;
 - 2) Наименование банка, если:
 - лицевой счет содержит 22 цифры;
 - лицевой счет содержит 20 цифр, но расчетный счет банка начинается на «3» (чаще всего Сбербанк);
 - лицевой счет состоит из 16 цифр (это означает, что зачисления будут на карточный счет)
- ИНН получателя-**
 - 1) если получатель - физическое лицо, то ИНН физического лица (12 знаков). Данная информация не всегда известна даже самому физическому лицу, тогда ИНН будет 000000000000 (12-ть нулей);
 - 2) если получатель Банк, то ИНН Банка (10 знаков).
- БИК** – БИК банка
- К/сч** – корреспондентский счет банка (можно не указывать)
- Р/сч** – расчетный счет банка
- Л/с получателя** – лицевой счет физического лица – состоит из 20 или 22 цифр. Или из 16 –если это карточный счет

Дата (дд/мм/гггг)

ФИО и подпись Заявителя

*** В случае если получателем выплаты является несовершеннолетний ребенок, должны быть указаны реквизиты счета, открытого на имя ребенка, если иное не предусмотрено документами, подтверждающими право иного лица на получение страховой выплаты.