

Заява на отримання страхової виплати

Прошу здійснити страхову виплату за Договором/Полісом страхування життя № _____ від _____ 20 ____ р.

Заявник - отримувач виплати:

Вигодонабувач **представник Вигодонабувача** (батьки/опікуни/за довіреністю)

ПІБ: _____

Документ, що посвідчує особу: _____

(серія, номер, дата видачі)

Ідентифікаційний номер: _____ Номер телефону (мобільний): +38 (_____) _____

e-mail: _____ Адреса місця проживання: _____

Відомості про Застраховану особу:

ПІБ: _____

Страховий випадок, що відбувся:

Дожиття Критичні захворювання Інвалідність Травматизм Смерть Смерть страхувальника

Хірургічне втручання Госпіталізація Опція звільнення від сплати внесків Часткові ануїтетні виплати

Дата випадку «_____» _____ 20 ____ р. Місце страхового випадку: на території України за кордоном

Опис випадку: _____

Спосіб отримання страхової виплати Вигодонабувачем або його представником (потрібне відмітити)

Витрати по перерахуванню коштів дозволяю списати за мій власний рахунок.

Перерахувати на мій банківський рахунок (платіжну картку) за наступними реквізитами:

Назва банку _____

IBAN(гривневий рахунок).....

Картковий рахунок

Зарахувати як черговий платіж на Договір страхування життя № _____ від « _____ » _____ 20 ____ р.

Опитувальник Заявника

Згідно з вимогами Закону України № 361-IX «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення» від 06.12.2019 року, просимо Вас вказати інформацію за питаннями, що зазначені нижче:

1. Чи належите Ви до політично значущих осіб, членів їх сімей або пов'язаних з ними осіб (або були протягом останніх дванадцяти місяців)? Ні Так (повний опитувальник розміщені на офіційному сайті Компанії forte-life.com.ua)

2. Характер та зміст Вашої діяльності (Соціальний статус)?
 студент безробітний найманий працівник пенсіонер підприємець (ФОП)
 інше (необхідно зазначити).....

3. Фінансовий стан (середньомісячний дохід, грн.) < 40 000 грн 40 001 - 100 000 грн > 100 001 грн

На виконання норм чинних законодавчих актів щодо Угоди між Урядом України та Урядом США для поліпшення виконання податкових правил й застосування положень Закону США "Про податкові вимоги до іноземних рахунків" (FATCA) просимо відповісти на питання:

4. Чи є Ви податковим резидентом США? Ні Так (надати підтверджуючі документи)

Приймаю на себе зобов'язання у разі зміни інформації, наведеної в цьому опитувальнику, або закінчення строку дії документів, на підставі яких належну перевірку проведено, протягом 10 робочих днів з настання вказаних подій надати наново заповнений опитувальник (у разі, якщо термін надання мені послуг не буде вичерпаний), а також надавати заповнений опитувальник та офіційні документи за першою вимогою Страховика.

Своїм підписом засвідчую, що на виконання ст. 8, 12, 21 Закону України «Про захист персональних даних» я повідомлений про володільця персональних даних, склад та зміст зібраних персональних даних наданих мною, права суб'єктів персональних даних, визначені цим Законом, мету збору персональних даних та осіб, яким можуть передатися персональні дані.

Заявник _____

Дата заповнення

Підпис

ПІБ

Я, що підписався нижче, заявляю про те, що подана в даній заяві інформація (незалежно від того, заповнено заяву мною особисто або моєю довіреною особою) є повною і правдивою. Я попереджений про те, що у разі надання неповної, недостовірної інформації, ПрАТ «СК «Форте Лайф» має право відмовити у страховій виплаті.

Правильність та достовірність наданої інформації підтверджую:

Заявник _____
Дата заповнення _____ Підпис _____ ПІБ _____

Заповнюється співробітником ПрАТ «СК «Форте Лайф»

Здійснено ідентифікацію та верифікацію Заявника

_____ Дата _____ Підпис _____ ПІБ _____

Заявник віднесений за рівнем ризику до категорії: низький середній високий неприйнятно високий

_____ Дата _____ Підпис _____ ПІБ _____