

Номер убытка [заполняется сотрудником страховой компании]:

-

Я, Ф.И.О. Малиновская Анна Владимировна
Дата рождения: 1 4 0 2 1 9 8 2 Контактный телефон: +7 (900) 123-45-67
Адрес: 109451, г. Москва, Марьинский б-р, д. 17, кв. 103
Паспорт (серия и номер): 4 5 0 0 1 2 3 4 5 6 Дата выдачи: 1 6 0 2 2 0 0 0
Паспор выдан: РОВД Северное Тушино г. Москвы

Прошу возместить расходы, понесенные в связи с:

повреждением моего имущества
Наименование имущества: Забор

В результате ДТП, произошедшего

Дата: 1 8 0 1 2 0 1 5 Адрес: г. Москва, ул. Фомичева, д. 3
--

из-за действий водителя автомобиля:

Марка и модель: Opel Astra Гос. номер: K 032 HP 97
№ Полиса: С С С 0 8 6 1 2 3 4 5 6 7

Страховое возмещение прошу перечислить по следующим реквизитам (реквизиты заполняются печатными буквами):

Лицевой счет:	4 2 8 1 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
В банке:	Сбербанк РФ, Донское отд. №123 г. Москвы
Расчетный счет:	4 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
Номер карты:	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
Корр. счет:	3 0 3 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
БИК:	4 5 2 1 1 1 1 1 1
ИНН Банка:	7 7 0 7 1 1 1 1 1 1
Получатель платежа	Ф.И.О. Малиновская Анна Владимировна

Приложение: список переданных документов на 1 листе.

В случае возврата денежных средств по причине некорректности предоставленных реквизитов, претензий к Страховой Компании не имею.

Подписывая настоящее заявление, я своей волей и в своем интересе в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» (далее – Закон) и иными нормативно-правовыми актами даю свое согласие ООО «Группа Ренессанс Страхование», зарегистрированному по адресу: 115114, г. Москва, Дербеневская набережная, д. 7, стр. 22 (далее – «Оператор ПД») на обработку своих персональных данных, указанных в настоящем заявлении и иных переданных и передаваемых Оператору ПД документах (далее – «ПД»), в целях исполнения настоящего договора страхования на совершение следующих действий с ПД: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение. Настоящее согласие действует в течение пяти лет с даты его выдачи или до момента его отзыва в случаях, предусмотренных Законом, осуществляемого путем подачи мною письменного заявления на адрес Оператора ПД не менее чем за три рабочих дня до даты отзыва согласия. Я проинформирован о праве в случаях, предусмотренных Законом, в любой момент отозвать данное согласие, праве на получение сведений об Операторе ПД, праве на ознакомление с моими ПД, праве требовать уточнения ПД, блокирования или уничтожения ПД в случае, если они являются неполными, устаревшими, недостоверными, незаконно полученными. Настоящим я подтверждаю, что в соответствии с ч. 3 ст. 18 Закона до начала обработки моих ПД ООО «Группа Ренессанс Страхование» (115114, Москва, Дербеневская набережная, д. 7, стр. 22) предоставило мне информацию о своем наименовании и адресе, о цели обработки ПД (осуществление страхования в ООО «Группа Ренессанс Страхование») и ее правовом основании, о предполагаемых пользователях ПД и установленных Законом правах субъекта ПД.

Достоверность сообщенных мною сведений подтверждаю.

Дата: 2 5 0 1 2 0 1 5 Ф.И.О. Малиновская А. В. Подпись 
--

Заявление принял сотрудник ООО «Группа Ренессанс Страхование»:

Дата: _____ Ф.И.О. _____ Подпись _____
--