

Номер убытка [заполняется сотрудником страховой компании]:

[illegible]

я,	Ф.И.О. <i>Малиновская Анна Владимировна</i>																					
Дата рождения:		1	4	0	2	1	9	8	2	Контактный телефон:		+7 (900) 123-45-67										
Адрес:		<i>109451, г. Москва, Марьинский б-р, д. 17, кв. 103</i>																				
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:			<i>РОВД Северное Тушино г. Москвы</i>																			

Прошу возместить расходы, понесенные в связи с:

повреждением моего автомобиля																				
Марка и модель:		Volkswagen Passat										Гос. номер:		O 639 TB 177						
№ Полиса:		C	C	C	0	8	9	1	2	3	4	5	6	7						

☐ Доп. оборудование ☐ Франшиза ☐ Доп. расходы

В результате ДТП, произошедшего

Дата:	0	4	0	1	2	0	1	5	Адрес:	ул. Фомичева, д. 3
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------	--------------------

из-за действий водителя автомобиля:

[illegible]

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

Лицевой счет:	4	2	8	4	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
В банке:	Сбербанк РФ, отд. №123/456 г. Москвы																		
Расчетный счет:	4	2	2	2	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
Корр. счет:	3	0	3	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:	1	0	0	1	2	0	1	5	Ф.И.О. Малиновская А. В.	Подпись	
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------	---------	---

Заявление принял сотрудник ООО «Группа Ренессанс Страхование»:

[illegible]