

В ООО «Группа Ренессанс Страхование»

от _____
проживающего по адресу _____

Паспорт серия _____ № _____
выдан _____
дата выдачи _____
контактный телефон _____

Заявление на получение страховой выплаты по договору страхования от несчастных случаев и болезней

Я, _____, являюсь

Застрахованным Выгодоприобретателем Родственником

Наследником по закону Законным представителем

по Договору страхования от несчастных случаев и болезней № _____ от _____ 20 ____ г. (далее — Договор страхования), прошу произвести страховую выплату в соответствии с условиями Договора страхования, в связи с наступлением предусмотренного в Договоре страхования страхового случая:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> телесные повреждения Застрахованного | <input type="checkbox"/> критические заболевания Застрахованного |
| <input type="checkbox"/> временная нетрудоспособность Застрахованного | <input type="checkbox"/> инвалидность Застрахованного |
| <input type="checkbox"/> госпитализация Застрахованного | <input type="checkbox"/> смерть Застрахованного |
| <input type="checkbox"/> _____ | |

Сведения о Застрахованном:

Ф. И. О. (полностью): _____

Дата рождения: _____

Паспортные данные: _____

Фактический адрес: _____

Место работы: _____

Должность: _____ телефон: _____

Дата события: _____ время: _____

Место события: _____

Описание и причины события (в произвольной форме необходимо отразить последовательность событий, характер травмы или болезни, степень ее тяжести, предварительный диагноз):

Названия и адреса медицинских учреждений (травматологический пункт, больница), где оказывалась медицинская помощь / было диагностировано заболевание:

К заявлению прилагаются документы:

В случае смерти **Застрахованного:**

- документ, удостоверяющий личность заявителя; • документы, удостоверяющие право наследования;
- нотариально заверенная копия свидетельства о смерти Застрахованного, выданного ЗАГСом; • копия медицинского свидетельства о смерти с указанием причины смерти; • копия карты (выписка из карты) амбулаторного и/или стационарного больного; • копия протокола патологоанатомического исследования трупа/ заключения эксперта/ акта судебно-медицинского исследования трупа; • копия постановления об отказе в возбуждении/ возбуждении уголовного дела/ решение Суда, акт о несчастном случае на производстве; • **другое:**

В случае **телесных повреждений, временной нетрудоспособности, госпитализации, инвалидности:**

- документ, удостоверяющий личность заявителя; • нотариально заверенная копия справки МСЭ об установлении группы инвалидности, направление на МСЭ/ акт освидетельствования в МСЭ; • копия карты (выписка из карты) амбулаторного и/или стационарного больного; • листки нетрудоспособности (копии заверенные отделом кадров); • рентгеновские снимки; • копия постановления об отказе в возбуждении/ возбуждении уголовного дела/ решение Суда; • акт о несчастном случае на производстве;
- **другое:**

Прошу произвести страховую выплату Выгодоприобретателю, определенному Договором страхования.

Если договором страхования в качестве Выгодоприобретателя определено физическое лицо (в том числе, в случаях, когда предусмотрено несколько Выгодоприобретателей), необходимо указать порядок страховой выплаты для этого физического лица:

наличными в кассе Компании банковским переводом; платежные реквизиты:

Наименование банка _____

БИК _____

Корреспондентский счет _____

Расчетный счет _____

Для перевода на банковскую карту дополнительно:

ИНН (банка) _____

№ карты _____

Я принимаю на себя ответственность за полноту и правдивость сведений, изложенных выше, и разрешаю ООО «Группа Ренессанс Страхование» собирать любую информацию касательно обстоятельств данного страхового случая.

Подпись _____ 20__ г.

ООО «Группа Ренессанс Страхование» обязуется не разглашать представленную конфиденциальную информацию.

Заполняется сотрудником ООО «Группа Ренессанс Страхование»:

_____ 20__ г.

ФИО сотрудника

подпись

дата принятия документов

Я, _____
(Ф.И.О.)

паспорт серия: _____ номер: _____ выдан _____
(когда и кем)

адрес регистрации: _____

адрес проживания: _____

телефон: _____ e-mail: _____

своей волей и в своем интересе в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» и иными нормативно-правовыми актами принял решение о предоставлении своих персональных данных (далее — «ПД») и даю согласие на их обработку ООО «Группа Ренессанс Страхование», зарегистрированному по адресу: 115114, г. Москва, Дербеневская набережная, д. 7, стр. 22 (далее — «Оператор ПД»), в целях исполнения Договора страхования _____ от ____ _____ 20__ г. (далее — Договор), а также в целях продвижения товаров, работ услуг на рынке страховых услуг, в том числе путем осуществления прямых контактов со мной с помощью средств связи, на совершение следующих действий с ПД: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Под ПД в настоящем документе понимается любая информация, относящаяся ко мне, в том числе фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, место рождения, адрес, паспортные данные, контактные телефоны, e-mail, семейное положение, имущественное положение, профессия, доходы, состояние здоровья и другие категории ПД.

Настоящее согласие дано на использование следующих способов обработки ПД: неавтоматизированная обработка персональных данных; исключительно автоматизированная обработка персональных данных с передачей полученной информации по сети или без таковой; смешанная обработка персональных данных.

Настоящее согласие действует в течение срока действия Договора и пяти лет с момента его окончания, или до момента его отзыва, осуществляемого путем подачи мною письменного заявления в адрес ООО «Группа Ренессанс Страхование» по адресу: 115114, Москва, Дербеневская набережная, д. 7, стр. 22, не менее чем за три рабочих дня до даты отзыва согласия.

В случае достижения цели обработки персональных данных Оператор ПД обязан незамедлительно прекратить обработку персональных данных и уничтожить соответствующие персональные данные в срок, не превышающий 3 (Трех) рабочих дней с момента достижения цели обработки ПД.

Я проинформирован о праве 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 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» до начала обработки моих ПД ООО «Группа Ренессанс Страхование» 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 Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» правах субъекта ПД.

Подпись _____ 20__ г.

Я, _____

(Ф.И.О.)

паспорт серия: _____ номер: _____ выдан _____

(когда и кем)

адрес регистрации: _____

адрес проживания: _____

телефон: _____ e-mail: _____

своей волей и в своем интересе в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и иными нормативно-правовыми актами выражаю свое согласие ООО «Группа Ренессанс Страхование», зарегистрированному по адресу: 115114, г. Москва, Дербеневская набережная, д. 7, стр. 22 (далее — «Страховщик»), в целях исполнения Договора страхования _____ от «___» _____ 20__ г. (далее – Договор), иных услуг и защиты моих прав, а также Страхователю

получать информацию, имеющуюся в медицинской организации, в учреждении, осуществляющем предоставление государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы, в организации осуществляющей судебно-медицинскую экспертную деятельность и иных организациях и компетентных органах, располагающими сведениями о состоянии моего здоровья, составляющие врачебную тайну, в том числе сведения о результатах моих медицинских обследований, наличии заболеваний, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, иные сведения, полученные при моем обследовании и лечении, а также разглашать сведения и предоставлять документы, составляющих врачебную тайну, в целях исполнения Договора и в интересах лица, застрахованного по указанному Договору, на совершение следующих действий с персональными данными: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение

Настоящее согласие дано на использование следующих способов обработки персональных данных: неавтоматизированная обработка персональных данных; исключительно автоматизированная обработка персональных данных с передачей полученной информации по сети или без таковой; смешанная обработка персональных данных.

Я проинформирован о праве 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 со ст. 18 Федерального закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» до начала обработки моих персональных данных ООО «Группа Ренессанс Страхование» предоставило мне информацию о своем наименовании и адресе, о цели обработки ПД и ее правовом основании, о предполагаемых пользователях персональных данных и установленных Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» правах субъекта ПД.

Настоящее согласие действует в течение срока действия Договора и 5 лет с момента его окончания, или до момента его отзыва, осуществляемого путем подачи мною письменного заявления в адрес ООО «Группа Ренессанс Страхование» по адресу: 115114, Москва, Дербеневская набережная, д. 7, стр. 22, не менее чем за 3 рабочих дня до даты отзыва согласия.

Подпись _____ _____ 20__ г.