

Дата приема заявления

Номер убытка
заполняется представителем Страховщика

Данные Заявителя

Заявитель _____
Фамилия, Имя, Отчество

Являюсь: Страхователем Выгодоприобретателем Наследником
 Законным представителем Иное: _____

Страховой полис/договор № _____

Адрес _____
индекс государство, республика, край, область район

населенный пункт _____ улица _____ дом корпус квартира

Телефон +7 (_____) _____ Электронная почта _____
адрес электронного ящика

Сведения о событии

Дата события _____ Время события _____ ч. _____ мин.

Водитель на момент происшествия _____

Водительское удостоверение № _____ Категория: А В С D E

Адрес места происшествия _____

Сведения о транспортном средстве (ТС) Страхователя

Марка ТС _____ Модель ТС _____

VIN номер _____ Год изготовления ТС _____

Государственный регистрационный знак _____

Страховое событие Полная конструктивная или фактическая гибель ТС Угон

Обстоятельства события

О событии заявлено в организации: ГИБДД ОВД МЧС Гидрометеоцентр
 Иное: _____

Наименование страховой компании, где зарегистрировано каско ТС _____

Сумма выплаты по договору каско ТС _____

Банковские реквизиты

Банк получателя ИНН БИК

Расчетный счет

Корр. счет

Счет получателя

Получатель платежа

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

Документы, прилагаемые к заявлению

Наименование документа	Листов	Принял (Ф. И. О, подпись)	Дата принятия

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 ПАО «Группа Ренессанс Страхование», зарегистрированному по адресу: 121614, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Крылатское, ул. Крылатская, д. 17, к. 1 (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 условий Договора страхования, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору страхования с использованием любых средств связи. Обработка персональных данных включает: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение. Настоящее согласие действует в течение 5 (пяти) лет с даты его выдачи или до момента его отзыва в случаях, предусмотренных Законом, осуществляемого путем подачи мною письменного заявления в адрес Оператора ПД не менее чем за 30 (тридцать) рабочих дней 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, старевшими, недостоверными, незаконно полученными. Настоящим я подтверждаю, что в соответствии с ч. 3 ст. 18 Закона до начала обработки моих ПД ПАО «Группа Ренессанс Страхование» (121614, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Крылатское, ул. Крылатская, д. 17, к. 1) предоставило мне информацию о своем наименовании и адресе, о цели обработки ПД (осуществление страхования в ПАО «Группа Ренессанс Страхование») и ее правовом основании, о предполагаемых пользователях ПД и установленных Законом правах субъекта ПД.

Достоверность сообщенных мною сведений подтверждаю.

Заявитель
подпись Ф. И. О.

ПАО «Группа Ренессанс Страхование» обязуется не разглашать предоставленную конфиденциальную информацию

Заполняется сотрудником ПАО «Группа Ренессанс Страхование»:

Ф. И. О сотрудника Подпись « » 20 г.
Дата принятия документов

Анкета физического лица (индивидуального предпринимателя)*

Заявитель
Фамилия, Имя, Отчество

Дата рождения **Гражданство** **ИНН**

число · месяц · год страна при наличии

Документ удостоверяющий личность

наименование документа серия номер

Когда и кем выдан
число, месяц, год выдачи наименование органа внутренних дел

Адрес регистрации

индекс государство, республика, край, область район

населенный пункт улица дом корпус квартира

Фактический адрес

индекс государство, республика, край, область район

населенный пункт улица дом корпус квартира

Телефон +7 (.....) **Электронная почта**

адрес электронного ящика

ОГРНИП **дата выдачи свидетельства**

номер число · месяц · год

Кем выдан

наименование регистрирующего органа

Данные миграционной карты для иностранных граждан

за исключением граждан респ. Беларусь или лиц без гражданства номер карты

Начало срока пребывания **Окончание срока пребывания**

число, месяц, год число, месяц, год

Документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ

наименование документа серия номер

Начало срока пребывания **Окончание срока пребывания**

число, месяц, год число, месяц, год

Являетесь ли Вы иностранным публичным должностным лицом** и/или его родственником, должностным лицом публичной международной организации***, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность РФ, должность члена Совета Директоров ЦБ РФ, должность федеральной государственной службы, назначение на которую и освобождение от которой осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должность в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенную в перечни должностей, определяемые Президентом РФ?

да / нет

Подтверждаю, что информация, приведенная мной в настоящей анкете, является полной и достоверной. В период действия моих договорных отношений со Страховщиком я обязуюсь в письменной форме информировать Страховщика обо всех изменениях предоставленной информации в течение 7 дней с момента вступления таких изменений в силу.

Заявитель
подпись Ф. И. О.

ПАО «Группа Ренессанс Страхование» обязуется не разглашать предоставленную конфиденциальную информацию

Заполняется сотрудником ПАО «Группа Ренессанс Страхование»:

..... « » 20 .. г.

Ф. И. О сотрудника Подпись Дата принятия документов

* Сведения в настоящей анкете запрашиваются во исполнение требований федерального закона от 7 августа 2011 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма»

** К иностранным публичным должностным лицам относятся любые назначаемые или избираемые лица, занимающие какую-либо должность в законодательном исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства, и любые лица, выполняющие какую-либо публичную функцию для иностранного государства. В том числе публичного ведомства или государственного предприятия.

*** К должностным лицам публичных международных организаций относятся служащие международных организаций или любые иные лица, которые уполномочены такими организациями действовать от их имени.