**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ ПО КОМБИНИРОВАННОМУ ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ (ИПОТЕКА)**

 **СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являясь

 Застрахованным Выгодоприобретателем Родственником

 Наследником по закону Законным представителем

по Комбинированному Договору страхования №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г., (далее – Договор страхования), прошу произвести страховую выплату в связи с наступлением предусмотренного в Договоре страхования страхового случая:

 *Смерть Застрахованного*

 *Временная нетрудоспособность Застрахованного*

 *Инвалидность Застрахованного*

в соответствии с условиями Договора страхования.

**Сведения о Застрахованном:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ф. И. О. (полностью):** |  |
| **Дата рождения:** |  |
| **Паспортные данные:** |  |
| **Фактический адрес:** |  |
| **Место работы:** |  |
| **Должность:** |  | **телефон:** |  |
| **Дата наступления события:** |  | **время:** |  |
| **Место, где произошло событие:** |  |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Названия и адреса медицинских учреждений (травматологический пункт, больница), гдеоказывалась медицинская помощь/ было диагностировано заболевание: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**К заявлению прилагаются (указать список прилагаемых документов\*):**

\*Если Договором страхования не предусмотрено иное документы предоставляются в оригинале либо копии, заверенные выдавшей организацией.

|  |
| --- |
|  *в случае* ***смерти Застрахованного****:* документ, удостоверяющий личность заявителя; документы, удостоверяющие право наследования; нотариально заверенная копия свидетельства о смерти Застрахованного, выданного ЗАГСом; медицинское свидетельство 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* ***временной нетрудоспособности, инвалидности****:*

|  |
| --- |
| документ, удостоверяющий личность заявителя; нотариально заверенная копия справки МСЭ об установлении группы инвалидности, направление на МСЭ/ акт освидетельствования в МСЭ, индивидуальная программа реабилитации инвалида; копия карты (выписка из карты) амбулаторного и/или стационарного больного; листки нетрудоспособности, заполненные работодателем (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** для банковского перевода: |
| Наименование банка |  |
| ОСБ |  |
| ИНН (банка)  |  |
| БИК |  |
| Корреспондентский счет |  |
| Расчетный счет |  |
| № личного счета |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Дата «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.** |

ПAO “Группа Ренессанс Страхование” обязуется не разглашать представленную конфиденциальную информацию.

|  |
| --- |
|  |

Заполняется сотрудником ПAO «Группа Ренессанс Страхование»:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |
| *ФИО сотрудника* |  | *подпись* |  | *дата принятия документов* |

**Согласие субъекта персональных данных на обработку своих персональных данных**

|  |  |
| --- | --- |
| Я, |  |
|  | *(Ф. И. О.)* |
| паспорт серия: |  | номер: |  | выдан |  |
|  |  |  |  |  | *(когда и кем)* |
| зарегистрированный(ая) по адресу: |  |
|  | *(указать адрес постоянной регистрации)* |
| проживающий(ая) по адресу: |  |
|  | *(указать фактический адрес)* |
| телефон: |  | e-mail: |  |

своей волей и в своем интересе в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. №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 **ПAO «Группа Ренессанс Страхование»,** зарегистрированному по адресу: 115114, г. Москва, Дербеневская набережная, д. 7, стр. 22 (далее – «Оператор ПД»), в целях исполнения
Договора страхования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2\_\_\_\_г. (далее – Договор),
 *указать полностью*

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 5 (пяти) лет с момента его окончания, или до момента его отзыва, осуществляемого путем подачи мною письменного заявления в адрес ПAO «Группа Ренессанс Страхование» по адресу: 115114, Москва, Дербеневская набережная, д. 7, стр. 22, не менее чем за 3 (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 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» до начала обработки моих ПД ПAO «Группа Ренессанс Страхование» (115114, г. Москва, Дербеневская набережная, д. 7, стр. 22) предоставило мне информацию о своем наименовании и адресе, о цели обработки ПД (осуществление страхования в ПAO «Группа Ренессанс Страхование») и ее правовом основании, о предполагаемых пользователях ПД и установленных Федеральным законом от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» правах субъекта ПД.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Дата «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.** |