

В АО «Группа Ренессанс Страхование»

от \_\_\_\_\_

проживающего по адресу \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_

контактный телефон \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

## 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:

телесные повреждения Застрахованного

критические заболевания Застрахованного

временная нетрудоспособность Застрахованного

инвалидность Застрахованного

госпитализация Застрахованного

смерть Застрахованного

\_\_\_\_\_

### 1. Сведения о Застрахованном:

Ф. И. О. (полностью): \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Паспортные данные: \_\_\_\_\_

Фактический адрес: \_\_\_\_\_

Место работы: \_\_\_\_\_

Должность: \_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_

Дата события: \_\_\_\_\_

время: \_\_\_\_\_

Место события: \_\_\_\_\_

### 2. Сведения о выгодоприобретателе:

2.1 Фамилия, Имя, Отчество \_\_\_\_\_

(если есть) \_\_\_\_\_

2.2 Гражданство \_\_\_\_\_

2.3 ИНН (если есть) \_\_\_\_\_

2.4 Дата и место рождения \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.5 Серия и номер, дата и место выдачи \_\_\_\_\_  
документа, удостоверяющего личность, \_\_\_\_\_  
код подразделения (если есть) \_\_\_\_\_

2.6 Адрес регистрации \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.7 Номер СНИЛС (при наличии) \_\_\_\_\_

2.8 ОГРНИП (для ИП) \_\_\_\_\_

2.9 Телефон / Факс / Эл. почта (при наличии) \_\_\_\_\_

2.10 Серия и номер миграционной \_\_\_\_\_  
карты, период пребывания в \_\_\_\_\_  
РФ (для иностранных граждан) \_\_\_\_\_

2.11 Серия и номер документа, на право \_\_\_\_\_  
пребывания / проживания в РФ, период \_\_\_\_\_  
действия (для иностранных граждан) \_\_\_\_\_

3. Описание обстоятельств события (следует перечислить последовательность событий, характер травмы или болезни):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.1. Наименование и адреса медицинских учреждений (травматологический пункт, больница), где оказывалась медицинская помощь / было диагностировано заболевание), правоохранительных органов:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.2. Находилось ли Застрахованное лицо на момент наступления страхового события в состоянии алкогольного/наркотического опьянения: нет  да

3.3. Связано ли наступление несчастного случая с противоправными действиями третьих лиц:

нет  да

**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** (нужное подчеркнуть): 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 **телесных повреждений, временной нетрудоспособности, госпитализации, инвалидности Застрахованного** (нужное подчеркнуть): документ, удостоверяющий личность заявителя, нотариально заверенная копия справки МСЭ об установлении группы инвалидности, направление на МСЭ/ акт/ протокол 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, **иное**:

---

---

---

**Порядок страховой выплаты:**

- наличными в кассе Компании (не более 100 000 рублей)  
 банковским переводом; платежные реквизиты Выгодоприобретателя:

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 АО "Группа Ренессанс Страхование" собирать любую информацию касательно обстоятельств данного страхового случая.

Прошу произвести страховую выплату Выгодоприобретателю, определенному Договором страхования.

Выгодоприобретатель не является иностранным публичным должностным лицом и/или родственником иностранного публичного должностного лица, должностным лицом публичной международной организации, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность РФ, должность члена Совета Директоров ЦБ РФ, должность федеральной государственной службы, назначение 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. В ином случае Выгодоприобретатель обязуется предоставить документы, подтверждающие должность, наименование и адрес работодателя.

Выгодоприобретатель не имеет регистрации, места жительства / нахождения, счета в банке в государстве (на территории), которое (ая) не выполняет рекомендации ФАТФ.

Подпись \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

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

---

Заполняется сотрудником АО «Группа Ренессанс Страхование»:

\_\_\_\_\_  
ФИО сотрудника

\_\_\_\_\_  
подпись

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
дата принятия документов

## Согласие на обработку персональных данных

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 АО «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 АО «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 АО «Группа Ренессанс Страхование» предоставило мне информацию о своем наименовании и адресе, о цели обработки ПД (осуществление страхования в АО «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.

## Согласие на обработку персональных данных, составляющих врачебную тайну

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 АО «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 защитой 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, составляющие 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 АО «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 АО «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.