

**Сведения о Заявителе**

Фамилия, Имя, Отчество

Адрес жительства (регистрации)

Адрес места пребывания

Документ, удостоверяющий  
личность

ИНН (при наличии)

СНИЛС (при наличии)

Телефон

Электронная почта

Я, \_\_\_\_\_, являюсь

Застрахованным  Выгодоприобретателем

По Договору страхования от несчастных случаев и болезней № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ (далее –  
Договор страхования), прошу произвести страховую выплату в соответствии с условиями Договора страхования, в связи с наступлением  
предусмотренного в Договоре страхования страхового случая.

**Сведения о Застрахованном**

Фамилия, Имя, Отчество

Дата рождения

Гражданство

Место работы

Должность

Является ли Застрахованный или Выгодоприобретатель публичным должностным лицом (ПДЛ\*) или родственником ПДЛ?

Нет  Да, является ПДЛ  Да, является родственником ПДЛ

Если Вы ответили «Нет», перейдите к заполнению следующего пункта заявления.

Если Вы ответили «Да» — дополнительно укажите:

- занимаемую должность лица, относящегося к ПДЛ, наименование и адрес его работодателя;

- степень родства либо статус (супруг или супруга) по отношению к лицу, являющемуся ПДЛ (для лиц, являющихся родственниками ПДЛ):

**Сведения о событии**

Дата события \_\_\_\_\_

Время события: \_\_\_\_\_

Место события \_\_\_\_\_

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

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**К Заявлению прилагаются документы:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Порядок страховой выплаты

Банковским переводом. Платежные реквизиты Выгодоприобретателя / Наследника Застрахованного:

Наименование банка

ИНН банка

БИК

Корреспондентский счет

Расчетный счет

№ личного счета

и № пластиковой карты

Я согласен получать от ПАО «Группа Ренессанс Страхование» SMS-оповещения, информирующие меня о размере и дате перечисления мне страховой выплаты.

Подпись .....

Дата .....

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

Заполняется сотрудником ПАО «Группа Ренессанс Страхование»:

Ф. И. О сотрудника

Подпись

Дата принятия документов

Настоящим заявлением я разрешаю любому медицинскому работнику или учреждению, имеющему информацию об истории заболевания Застрахованного, физическом и психическом состоянии, диагнозе, лечении и прогнозе состояния здоровья, предоставлять ее в случае необходимости ПАО «Группа Ренессанс Страхование».

Указанное выше разрешение медицинскому работнику или учреждению представлять информацию в ПАО «Группа Ренессанс Страхование» действительно в течение пяти лет начиная с даты события, имеющего признаки страхового случая. Копия этого разрешения в такой же степени действительна, как и ее оригинал.

Также я разрешаю ПАО «Группа Ренессанс Страхование» обрабатывать эту информацию только для решения вопросов, связанных с признанием данного случая страховым, и определения размера страховой выплаты. Согласие действительно в течение всего срока действия Договора страхования и в течение 5 лет после прекращения Договора страхования и может быть отозвано в любой момент путем направления письменного уведомления в адрес ПАО «Группа Ренессанс Страхование». ПАО «Группа Ренессанс Страхование» обязуется при обработке персональных данных Застрахованного, Выгодоприобретателя / наследника Застрахованного и его законных представителей соблюдать требования Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», других нормативных правовых актов, обеспечивающих конфиденциальность и безопасность персональных данных при их обработке.

\* К публичным должностным лицам (ПДЛ) относятся иностранные публичные должностные лица, должностные лица публичных международных организаций, а также лица, замещающие (занимающие) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации, а также родственники вышеуказанных лиц.

Я, .....

Паспорт серия: ..... номер: ..... Дата выдачи: .....

Кем выдан: .....

Адрес регистрации: .....

Адрес проживания: .....

телефон: ..... e-mail: .....

своей волей и в своем интересе в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и иными нормативно-правовыми актами выражаю 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 — «Страховщик»), в целях исполнения Договора страхования № ..... от ..... (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, располагающих сведениями о состоянии моего здоровья, составляющими 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, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), 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 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» до начала обработки моих персональных данных ПАО «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 № 152-ФЗ «О персональных данных» правах субъекта ПД.

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 ПАО «Группа Ренессанс Страхование» по адресу: 121614, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Крылатское, ул. Крылатская, д. 17, к. 1, не менее чем за 3 (три) рабочих дня до даты отзыва согласия

Подпись .....

Дата .....

Я, \_\_\_\_\_  
Паспорт серия: \_\_\_\_\_ номер: \_\_\_\_\_ Дата выдачи: \_\_\_\_\_  
Кем выдан: \_\_\_\_\_  
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 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»), в целях исполнения Договора страхования № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ (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, день 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 ПАО «Группа Ренессанс Страхование» по адресу: 121614, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Крылатское, ул. Крылатская, д. 17, к. 1, 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 ПАО «Группа Ренессанс Страхование» 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 Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» правах субъекта ПД.

Подпись \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_