

Номер убытка

заполняется представителем Страховщика

Потерпевший

Фамилия Имя Отчество

Дата рождения Паспорт
серия номер дата выдачи

Кем выдан
наименование Органа Внутренних Дел

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

Прошу возместить расходы, понесенные в связи с повреждением моего автомобиля

Сведения о поврежденном транспортном средстве (ТС)

Марка, модель ТС Гос. номер

Собственник

Фамилия Имя Отчество

В результате ДТП, произошедшего

Дата Адрес

Из-за действий водителя автомобиля

Марка, модель ТС Гос. номер

Страховое возмещение

Прошу перечислить по следующим реквизитам (реквизиты заполняются печатными буквами)

Банк получателя ИНН БИК

Расчетный счет

Корр. счет

Счет получателя

Получатель платежа

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 и может быть отозвано мною посредством направления Оператору ПД соответствующего письменного заявления, в соответствии с требованиями Закона. 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.

Потерпевший
подпись Ф. И. О. дата заполнения заявления

Обстоятельства ДТП (заполняется подробно)

Схема ДТП

Начальное положение

Конечное положение

1. План (схема) дороги с указанием названий улиц
 2. Направление движения транспортных средств
 3. Дорожные знаки, указатели, светофоры, дорожная разметка и т. п.
 4. Поврежденные предметы или имущество, если таковые были

Примечания

Достоверность сообщенных мною сведений подтверждаю.

Потерпевший

ПОДПИСЬ

Ф. И. О.

ВИДІЛЕННЯ ВІДПОВІДНОСІЙ

Страховщик

подпись

Ф.И.О.

дата приема заявления