

Номер убытка [заполняется сотрудником страховой компании]:

-

Я, <input type="text" value="Ф.И.О."/>	
Дата рождения: <input type="text"/>	Контактный телефон: +7 (<input type="text"/>)
Адрес: <input type="text"/>	
Паспорт (серия и номер): <input type="text"/>	Дата выдачи: <input type="text"/>
Паспорт выдан: <input type="text"/>	

Прошу возместить расходы, понесенные в связи с:

повреждением моего автомобиля	
Марка и модель: <input type="text"/>	Гос. номер: <input type="text"/>
№ Полиса: <input type="text"/>	

Доп. оборудование Франшиза Доп. расходы

В результате ДТП, произошедшего

Дата: <input type="text"/>	Адрес: <input type="text"/>
----------------------------	-----------------------------

из-за действий водителя автомобиля:

Марка и модель: <input type="text"/>	Гос. номер: <input type="text"/>
№ Полиса: <input type="text"/>	

Страховое возмещение прошу перечислить по следующим реквизитам (реквизиты заполняются печатными буквами):

Лицевой счет:	<input type="text"/>
В банке:	<input type="text"/>
Расчетный счет:	<input type="text"/>
Корр. счет:	<input type="text"/>
БИК:	<input type="text"/>
ИНН Банка:	<input type="text"/>
Получатель платежа	<input type="text" value="Ф.И.О."/>

Приложение: список переданных документов на 1 листе.

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

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 ООО «Группа Ренессанс Страхование», зарегистрированному по адресу: 115114, г. Москва, Дербеневская набережная, д. 7, стр. 22 (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 настоящего договора страхования на совершение следующих действий с ПД: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение. Настоящее согласие действует в течение 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 три рабочих дня 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, устаревшими, недостоверными, незаконно полученными. Настоящим я подтверждаю, что в соответствии с ч. 3 ст. 18 Закона до начала обработки моих ПД ООО «Группа Ренессанс Страхование» (115114, Москва, Дербеневская набережная, д. 7, стр. 22) предоставило мне информацию о своем наименовании и адресе, о цели обработки ПД (осуществление страхования в ООО «Группа Ренессанс Страхование») и ее правовом основании, о предполагаемых пользователях ПД и установленных Законом правах субъекта ПД.

Достоверность сообщенных мною сведений подтверждаю.

Дата: <input type="text"/>	<input type="text" value="Ф.И.О."/>	<input type="text" value="Подпись"/>
----------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

Заявление принял сотрудник ООО «Группа Ренессанс Страхование»:

Дата: <input type="text"/>	<input type="text" value="Ф.И.О."/>	<input type="text" value="Подпись"/>
----------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------