

В АО «Группа Ренессанс Страхование»

от _____

проживающего по адресу _____

Паспорт серия _____ № _____

выдан _____

дата выдачи _____

контактный телефон _____

адрес эл. почты _____

Заявление на получение страховой выплаты по полису страхования путешествующих при утрате/задержке/повреждении багажа

В соответствии с условиями Полиса страхования путешествующих № _____, выданного _____ 20____ г. (далее — Полис страхования), прошу возместить Застрахованному _____ ущерб, причиненный ему в связи с утратой/задержкой/повреждением багажа, принадлежащего застрахованному лицу.

1. Период пребывания в поездке: с _____ 20____ г. по _____ 20____ г.

2. Страна и территория, где произошло страховое событие: _____

3. Цель поездки: _____

4. Наименование туристической компании, организовавшей поездку: _____

5. Наименование Компании, осуществлявшей официальную перевозку багажа (авиакомпания): _____

6. Сведения о выгодоприобретателе:

6.1 Фамилия, Имя, Отчество _____
(если есть) _____

6.2 Гражданство _____

6.3 ИНН (если есть) _____

6.4 Дата и место рождения _____

6.5 Серия и номер, дата и место выдачи _____
документа, удостоверяющего личность, _____
код подразделения (если есть) _____

6.6 Адрес регистрации _____

6.7 Номер СНИЛС (при наличии) _____

6.8 ОГРНИП (для ИП) _____

6.9 Телефон / Факс / Эл. почта (при наличии) _____

6.10 Серия и номер миграционной карты, период пребывания в РФ (для иностранных граждан) _____

6.11 Серия и номер документа, на право пребывания / проживания в РФ, период действия (для иностранных граждан) _____

7. Информация о событии: Утрата багажа Задержка багажа Повреждение багажа

7.2. При задержке багажа, укажите период задержки _____

7.3. Описание события: _____

7.4. Связано ли событие с противоправными действиями третьих лиц нет да

7.5. Дата и время наступления события: _____ 20__ г. в ____ : ____ по местному времени

7.6. Предпринятые действия: _____

8. Дата обращения к авиаперевозчику: _____ 20__ г.

9. Наименование (название) авиаперевозчика: _____

10. Перечень расходов (услуг), связанных с событием, с указанием их стоимости:
а) _____
б) _____
в) _____
г) _____

11. Какие из расходов и в каком размере компенсировались Официальным перевозчиком: _____

12. Общая сумма понесенных расходов составляет _____

13. Факт события, обстоятельства, при которых оно произошло, его последствия, а также виды услуг и их стоимость подтверждаются следующими документами, прилагаемыми к настоящему Заявлению:

13.1. Страховой полис № _____ от _____ 20__ г.

13.2. _____

13.3. _____

13.4. _____

13.5. _____

Порядок страховой выплаты:

наличными в кассе Компании

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 _____ 20__ г.

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

Заполняется сотрудником АО «Группа Ренессанс Страхование»:

ФИО сотрудника

подпись

дата принятия документов

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 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» (115114, г. Москва, Дербеневская набережная, д. 7, стр. 22) 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.