

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

В соответствии с Полисом страхования путешествующих № _____, выданным _____ 20____ г. (далее — Полис страхования), прошу компенсировать понесенные расходы по оказанию Застрахованному _____ медицинских и иных услуг, предусмотренных Полисом страхования, в период его пребывания в поездке.

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. Сведения о выгодоприобретателе:

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

5.2 Гражданство _____

5.3 ИНН (если есть) _____

5.4 Дата и место рождения _____

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

5.6 Адрес регистрации _____

5.7 Номер СНИЛС (при наличии) _____

5.8 ОГРНИП (для ИП) _____

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

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

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

6. Информация о событии:

что стало причиной события? болезнь несчастный случай

6.1. Если Заявление подается в связи с болезнью:

6.1.1. Описание симптомов болезни: _____

6.1.2. Дата, когда вышеуказанные симптомы появились впервые: _____ 20__ г.

6.1.3. Страдал ли Застрахованный ранее подобными заболеваниями: нет да

6.1.4. Если ответ на вопрос, указанный в 5.1.3. «да», необходимо указать, когда и где Застрахованный проходил лечение: _____

6.2. Если Заявление подается в связи с несчастным случаем:

6.2.1. Описание обстоятельств несчастного случая: _____

6.2.2. Находилась ли Застрахованное лицо в состоянии алкогольного/наркотического опьянения в момент наступления события: нет да

6.2.3. Если причиной события стало преступное нападение/иные противоправные действия третьих лиц, сообщалось ли об этом в компетентные органы: нет да

6.2.4. Если ответ на предыдущий вопрос «да», необходимо указать название компетентного органа:

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

6.3. Причина обращения за медицинской помощью, жалобы: _____

7. Предпринятые действия: _____

8. Дата обращения в Сервисную компанию: _____ 20__ г.

9. Наименование (название) Сервисной компании: _____

10. Дата обращения в медицинское учреждение: _____ 20__ г.

11. ФИО лечащего врача: _____

12. Диагноз врача _____

13. Какое лечение было оказано: амбулаторное стационарное

14. Период стационарного лечения: _____ 20__ г. _____ 20__ г.

15. Общий период лечения: _____ 20__ г. _____ 20__ г.

16. Перечень медицинских расходов (услуг), связанных со страховым событием, с указанием их стоимости: а) _____

б) _____

в) _____

г) _____

17. Какие из расходов и в каком размере компенсировались Сервисной компанией _____

18. Общая сумма понесенных расходов составляет _____

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

19.1. Страховой полис № _____ от _____ 20__ г

19.2. _____

19.3. _____

19.4. _____

19.5. _____

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 _____ 20__ г.

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

Заполняется сотрудником АО «Группа Ренессанс Страхование»:

_____ 20__ г.
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.