

Обязанность Страховой компании рассмотреть заявление и принять по нему решение о выплате или о мотивированном отказе в такой выплате возникает только после получения полного комплекта документов, предусмотренных договором страхования.

Помимо направления настоящей формы заявления Страховщику на электронный почтовый ящик claims-ins@rncb.ru, Вам необходимо направить оригиналы документов (включая заявление) или их заверенные копии почтовым/курьерским отправлением по адресу: 115280, г. Москва, ул. Ленинская слобода, д. 19, эт. 3, пом. 70

Заявление на страховую выплату

По Договору страхования № от

Ф. И. О. заявителя

Застрахованное лицо Выгодоприобретатель Наследник Представитель

ДАТА РОЖДЕНИЯ МЕСТО РОЖДЕНИЯ (с указанием страны)

АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ
государство Регион, населенный пункт

адрес, включая почтовый индекс, государство, регион/населенный пункт

АДРЕС МЕСТА ПРЕБЫВАНИЯ (если отличается от адреса регистрации)
государство Регион, населенный пункт

адрес, включая почтовый индекс, государство, регион/населенный пункт

КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ
телефон мобильный адрес электронной почты

ПРОШУ РАССМОТРЕТЬ НАСТОЯЩЕЕ ЗАЯВЛЕНИЕ И ПРИЛАГАЮЩИЕСЯ К НЕМУ ДОКУМЕНТЫ, ПРИЗНАТЬ ПРОИЗОШЕДШЕЕ СОБЫТИЕ СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ И ПРОИЗВЕСТИ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ В СВЯЗИ С НИЖЕСЛЕДУЮЩИМ:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Смерть в результате несчастного случая или болезни | <input type="checkbox"/> Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая или заболевания |
| <input type="checkbox"/> Инвалидность I, II группы в результате несчастного случая или болезни | <input type="checkbox"/> Потеря дохода |
| <input type="checkbox"/> Телесные повреждения (травмы) | <input type="checkbox"/> Смертельно опасное заболевание |
| <input type="checkbox"/> Диагностирование вирусного заболевания | <input type="checkbox"/> Госпитализация |

СВЕДЕНИЯ О ПОЛУЧАТЕЛЕ ВЫПЛАТЫ

Застрахованное лицо Выгодоприобретатель Наследник Законный представитель

Ф. И. О.

ДАТА РОЖДЕНИЯ МЕСТО РОЖДЕНИЯ
адрес, включая почтовый индекс, государство, регион/населенный пункт
(с указанием страны)

ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ
наименование серия номер дата выдачи

кем выдан, код подразделения

РЕЗИДЕНТ РФ ГРАЖДАНСТВО ВТОРОЕ ГРАЖДАНСТВО СТРАНА РЕЗИДЕНТСТВА

НЕРЕЗИДЕНТ РФ ГРАЖДАНСТВО ОТСУТСТВУЕТ ИНН (ТIN)

Дополнительно для иностранных граждан и лиц без гражданства

МИГРАЦИОННАЯ КАРТА
номер дата начала срока пребывания дата окончания срока пребывания

ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ПРАВО НА ПРЕБЫВАНИЕ/ПРОЖИВАНИЕ В РФ
наименование серия номер
дата начала срока действия права пребывания (проживания) дата окончания срока действия права пребывания (проживания)

АДРЕС МЕСТА ПРЕБЫВАНИЯ (если отличается от адреса регистрации)
государство Регион, населенный пункт

АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ
адрес, включая почтовый индекс, государство, регион/населенный пункт

КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ
телефон мобильный адрес электронной почты

СВЕДЕНИЯ О СОБЫТИИ

ОПИСАНИЕ
СОБЫТИЯ

ДАТА СОБЫТИЯ

Сведения о застрахованном лице, с которым произошло заявленное событие

Заполняется, если получателем выплаты является иное, не застрахованное лицо

Является получателем выплаты

Ф. И. О.

ДАТА
РОЖДЕНИЯ

МЕСТО РОЖДЕНИЯ
(с указанием страны)

ДОКУМЕНТ,
УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ
ЛИЧНОСТЬ

наименование

серия

номер

дата выдачи

кем выдан, код подразделения

АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ

государство

Регион, населенный пункт

АДРЕС ФАКТИЧЕСКОГО
ПРЕБЫВАНИЯ

адрес, включая почтовый индекс, государство, регион/населенный пункт

(если отличается от адреса
регистрации;
должен быть достоверным
для получения
документов)

государство

Регион, населенный пункт

адрес, включая почтовый индекс, государство, регион/населенный пункт

Реквизиты для получения выплаты

Ф.И.О. ВЛАДЕЛЬЦА
СЧЕТА

НАИМЕНОВАНИЕ
БАНКА

РАСЧЕТНЫЙ
СЧЕТ ПОЛУЧАТЕЛЯ

ЛИЦЕВОЙ СЧЕТ
ПОЛУЧАТЕЛЯ (при
необходимости)

БИК/SWIFT БАНКА

<input type="text"/>																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

<input type="text"/>																						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>

20 или 22 знака, обязателен для заполнения, если указан р/сч банка

<input type="text"/>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

К настоящему заявлению прилагаются следующие документы

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

Подписывая настоящее заявление я:

Ф. И. О. и паспортные данные лица, подающего Заявление

• предоставляю ООО «РНКБ Страхование» 115280, г. Москва, ул. Ленинская слобода, д. 19, эт. 3, пом. 70 (далее - Страховщик) персональные данные и иную информацию обо мне, включающие, в том числе: фамилию, имя, отчество; пол; год, месяц, дату и место рождения; адрес места жительства (регистрации) и места пребывания; номер телефона; сведения о документе, удостоверяющем личность; ИНН; место работы, должность, профессию, служебные обязанности; сведения о состоянии здоровья, включая сведения, составляющие врачебную тайну, увлечениях (хобби), семейном, социальном и имущественном положении, содержащиеся в настоящем Заявлении, финансовой и медицинской анкете, иных документах, заполняемых и подписываемых мною в связи с подачей Заявления на страховую выплату (далее – Персональные данные);

• своей волей и в своем интересе даю согласие Страховщику на автоматизированную, неавтоматизированную и смешанную обработку Персональных данных и любой информации обо мне, в том числе сведений, составляющих врачебную тайну, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование и уничтожение Персональных данных и иной информации, сообщенной мной или моим представителем Страховщику в целях осуществления страховых выплат и урегулирования страховых случаев (далее – «Цели обработки»). Страховщик вправе в целях обработки предоставлять Персональные данные, включая сведения, составляющие врачебную тайну, ООО «РНКБ Страхование» 115280, г. Москва, ул. Ленинская слобода, д. 19, эт. 3, пом. 70, юридическим лицам, осуществляющим электронную обработку сведений о клиентах Страховщика, перестраховочным организациям, моим представителям, аффилированным лицам Страховщика и лицам, входящим в группу лиц, в которую входит Страховщик, юридическим и финансовым консультантам, аудиторам и актуариям Страховщика, а также иным лицам, если это необходимо для достижения Целей обработки и на основании соответствующих договоров, содержащих обязательство этих лиц по соблюдению конфиденциальности полученной информации;

• согласен (согласна) с тем, что вышеизложенное согласие на обработку Персональных данных (включая сведения, составляющие врачебную тайну) действительно на весь период действия Договора страхования и в течение пяти лет после прекращения всех обязательств сторон по вышеупомянутому Договору страхования;

• понимаю и согласен, что указанное согласие на обработку и передачу Персональных данных может быть мною отозвано посредством направления Страховщику письменного заявления об отзыве согласия на обработку Персональных данных. При этом такой отзыв может являться основанием для расторжения Договора страхования по инициативе Страхователя;

• подтверждаю, что я не являюсь должностным лицом публичных международных организаций, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность РФ, должность членов Совета директоров Центрального банка РФ, должность федеральной государственной службы, назначение на которую и освобождение от которой осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должность в Центральном банке РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенную в перечни должностей, определяемые Президентом РФ (публичные должностные лица), супругом, близким родственником с ПДЛ (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии, полнородными и не полнородными (имеющими общих отца или мать) братьями и сестрами, усыновителями и усыновленными) и не действую от имени указанных лиц

ДА

НЕТ ДОЛЖНОСТЬ

НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

АДРЕС ОРГАНИЗАЦИИ

ДА

НЕТ ПОДРОБНЕЕ

• подтверждаю, что я не являюсь иностранным публичным должностным лицом (далее – ИПДЛ), супругом, близким родственником с ПДЛ (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии, полнородными и не полнородными (имеющими общих отца или мать) братьями и сестрами, усыновителями и усыновленными) и не действую от имени указанных лиц;

• заявляю, что согласен с тем, что Страховщик вправе при подписании документов, подписываемых Страховщиком в связи с исполнением Договора страхования, использовать факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного должностного лица Страховщика с помощью средств механического или иного копирования;

• подтверждаю, что все сведения, предоставленные мной или от моего имени в настоящем Заявлении, иных документах являются правдивыми, достоверными и содержащими полную информацию, включая ту, которая, по моему мнению, может являться несущественной.

ЗАЯВИТЕЛЬ

Ф. И. О.

подпись

дата