|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ООО РНКБ Страхование** |
|  | **115280, г. Москва, ул. Ленинская слобода, д. 19, эт. 3, пом. 70** |
|  | **E-mail:** **info-ins@rncb.ru****, тел. 8 (499) 755-64-33** |
|  | **https://insurance.rncb.ru** |
| **Лицензии СЛ № 4380 и СИ № 4380 от 18.10.2021 г. выданы Банком России** |

|  |
| --- |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ** **на расторжение договора страхования**  |
| **По Страховому полису-оферте** | **№** |  |  |  |
|  | от |  |
| Номер |  | Дата |
| **Ф. И. О. Страхователя** |  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |
| Датарождения |  | Месторождения |  |
|  |  |  | с указанием страны |
|  |
| Документ, удостоверяющий личность |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | № |  |  |  |  |  |
| Наименование |  | Серия |  | Номер |  | Дата выдачи |  | Код подразделения |
|  |
| Кем выдан |
| Адрес регистрации |  |  |  |  |  |
| Почтовый индекс |  | Государство |  | Регион, населенный пункт |
|  |
| Адрес |
| Адрес места пребывания *(если отличается от* *адреса регистрации* |  |  |  |  |  |
| Почтовый индекс |  | Государство |  | Регион, населенный пункт |
|  |
| Адрес |
| Контактные данные |  |  |  |
| Телефон мобильный |  | Адрес электронной почты |
| Гражданство |  | Второе гражданство |  | Гражданство отсутствует |  |
|  |  | [ ]  |
|  |  |  |  |  |  |
| Налоговый резидент РФ | [ ]  | ИНН |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Налоговый резидент иной страны | [ ]  | ИНН (TIN) |  | Страна резидентства |  |
|  | **НАСТОЯЩИМ ЗАЯВЛЕНИЕМ ПРОШУ:** |  |

|  |
| --- |
|  **СВЕДЕНИЯ О СОБЫТИИ** |
|  |
| [ ]  |  | Расторгнуть договор / полис страхования |
|  |  |  |
| в связи с  |  |
|  | Указать причину |
|  |
|  |
| Настоящим подтверждаю отсутствие событий, имеющих признаки страхового случая на дату подачи данного заявления |  | [ ]  |
|  |

|  |
| --- |
|  **К настоящему заявлению прилагаются следующие документы** |
| **1** |  |
| **2** |  |
| **3** |  |
| **4** |  |
| **5** |  |
| **6** |  |
| **7** |  |
|  |
|  |
|  |
|  **СВЕДЕНИЯ О ПОЛУЧАТЕЛЕ ВЫПЛАТЫ** |
|  |
| [ ]  | Совпадает со страхователем | [ ]  | Получатель |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **Ф. И. О. Получателя** |  |
|  |
|  |
|  |
| Дата рождения |  | Место рождения |  |
|  |  |  | с указанием страны |
| ДОКУМЕНТ, удостоверяющий личность |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | № |  |  |  |  |  |
| Наименование |  | Серия |  | Номер |  | Дата выдачи |  | Код подразделения |
|  |
| Кем выдан |
| Адрес регистрации |  |  |  |  |  |
|  | Почтовый индекс |  | Государство |  | Регион, населенный пункт |
|  |
| Адрес |
| Адрес места пребывания*(если отличается от* *адреса регистрации)* |  |  |  |  |  |
|  | Почтовый индекс |  | Государство |  | Регион, населенный пункт |
|  |
| Адрес |
| Контактные данные |  |  |  |
|  | Телефон мобильный |  | Адрес электронной почты |
|  |
| Гражданство |  | Второе гражданство |  | Гражданство отсутствует | [ ]  |
|  |  |  |  |  |  |
| Налоговый резидент РФ | [ ]  | ИНН |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Налоговый резидент иной страны | [ ]  | ИНН (TIN) |  | Страна резидентства |  |
|  |
|  **ДЛЯ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН И ЛИЦ БЕЗ ГРАЖДАНСТВА** |
| Миграционная карта |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Номер |  | Дата начала срока пребывания |  | Дата окончания срока пребывания |
| Документ, подтверждающий право пребывания |  |  |  |  |  |
| Наименование |  | Серия |  | Номер |
|  |  |  |
| Дата начала срока действия права пребывания /проживания |  | Дата окончания срока действия права пребывания /проживания |
|  **РЕКВИЗИТЫ ДЛЯ ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ ВЫПЛАТЫ** |
|  |
| **Ф. И. О.** **Владельца счета** |  |
|  |
|  |
|  |
| **Наименование банка** |  |
|  |
| **Расчетный Счет Получателя** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** | **18** | **19** | **20** |  |  |  |
|  |
| **Счет Получателя** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | / |  |  |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** | **18** | **19** | **20** |  |  |  |
| 20 или 22 знака, обязателен для заполнения, если указан р/сч банка |
| **БИК / SWIFT Банка** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  **ДЕКЛАРАЦИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ** |
|  |
| Подписывая настоящее заявление я: |
|  |  |  |
|  |
| * 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; содержащиеся в настоящем Заявлении, иных документах, заполняемых и подписываемых мною в связи с подачей настоящего Заявления и иных документов, связанных с исполнением Договора страхования (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 сопровождения Договора страхования, осуществления страховых выплат и урегулирования страховых случаев (далее – «Цели обработки»). Страховщик вправе в Целях обработки осуществлять трансграничную передачу Персональных данных и предоставлять Персональные данные (включая сведения, составляющие врачебную тайну) ООО РНКБ Страхование 115280, г. Москва, ул. Ленинская слобода, д. 19, эт. 3, пом. 70, перестраховочным организациям, моим представителям, аффилированным лицам Страховщика и лицам, входящим в группу лиц, в которую входит Страховщик, юридическим и финансовым консультантам, аудиторам 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 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):
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [x]  | Да |  |
| [ ]  | Нет | Должность |  | Название организации: |  |
|  |  |  |
| Адрес организации: |  |

|  |
| --- |
|  |
| * подтверждаю, что я не являюсь иностранным публичным должностным лицом (далее – ПДЛ), супругом, близким родственником 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;
 |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| [x]  | Да |  |
| [ ]  | Нет | Подробнее |  |

 |
| * 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 сообщения, направленные с указанной в данном заявлении электронной почты, подписаны простой электронной подписью, что предоставленные им электронные копии документов являются полными тождественными копиями документов на бумажном носителе, не содержат исправлений любого характера - механическим и/или электронным способом. В случае обнаружения ошибок, в том числе по мнению Страховщика не читаемости документа, в полученном электронном сообщении, Страховщик информирует об этом Потерпевшего по электронной почте, при этом документ считается не принятым.
 |
| * о необходимости предоставления сведений об абонентском номере либо адресе электронной почты для целей направления кассового чека, сформированного при страховой выплате, уведомлен. Отсутствие сведений об абонентском номере либо адресе электронной почты в Заявлении о страховом возмещении и/или в заключенном со Страховщиком Договоре страхования прошу рассматривать как отказ от предоставления указанных сведений для целей получения кассового чека в электронной форме.
 |
| * обязуюсь по запросу Страховщика предоставить оригиналы направленных по электронной почте документов в течение 10 календарных дней с момента направления такого запроса по электронной почте Страховщиком. В случае, если запрошенные копии электронных документов не предоставлены в течение 90 дней с момента направления указанного в настоящем пункте сообщения о необходимости их предоставления, Страховщик вправе принять решение по заявленному событию на основании принятых им документов, в том числе в случае недостаточности представленных документов – об отказе в выплате.
 |
| * 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.
 |

|  |
| --- |
|  **ПОДПИСЬ СТРАХОВАТЕЛЯ** |
|  |
| **СТРАХОВАТЕЛЬ** |  |  |  |  |  |
| Ф.И.О |  | Подпись |  | Дата заявления |