|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Логотип СК Казахмыс**  Рег. № заявления  (заполняется работником АО «СК «Казахмыс») | **АО «СК «КАЗАХМЫС»**   |  |  | | --- | --- | | **ЗАЯВИТЕЛЬ**  ФИО или наименование организации | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | ИИН/БИН |  | | Адрес |  | | Контактный телефон |  | | Удостоверение личности | № от | | Договор страхования  (страховой полис) | № от | |

**ЗАЯВЛЕНИЕ О СТРАХОВОМ СЛУЧАЕ**

**ПО ДОГОВОРУ (ПОЛИСУ) ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ**

**ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ВЛАДЕЛЬЦЕВ ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ**

|  |  |
| --- | --- |
| ДАТА И ВРЕМЯ ПРОИСШЕСТВИЯ |  |
| ФИО ЗАСТРАХОВАННОГО (УЧАСТНИКА СОБЫТИЯ) |  |
| МАРКА И ГОС.НОМЕР ТРАНСПОРТНОГО СРЕДСТВА ЗАЯВИТЕЛЯ (СТРАХОВАТЕЛЯ) |  |
| КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| КАКОЕ ИМУЩЕСТВО БЫЛО ПОВРЕЖДЕНО |  |
| ПРИМЕРНАЯ СУММА УЩЕРБА |  |
| ПРИЧИНЕН ЛИ ВРЕД ЗДОРОВЬЮ |  |
| ВИДЕОЗАПИСЬ ПРОИСШЕСТВИЯ И/ИЛИ ФОТО ЕГО ПОСЛЕДСТВИЙ | Имеется, готов предоставить Не имеется |

*Настоящим предоставляю АО «СК «Казахмыс» (БИН 01014000143) свое согласие, в соответствии с требованиями Закона Республики Казахстан «О персональных данных и их защите», на сбор и обработку (накопление, хранение, изменение, дополнение, использование,  распространение (в том числе  трансграничную передачу, передачу третьим лицам, которые имеют и (или) могут иметь отношение к деятельности АО «СК «Казахмыс» в соответствии с законодательством РК либо в связи с исполнением договора страхования, за исключением распространения в общедоступных источниках), обезличивание, блокирование, уничтожение), а также на совершение иных действий (операций) в соответствии с законодательством Республики Казахстан, внутренними документами/процедурами АО «СК «Казахмыс» своих персональных данных, а также персональных данных Застрахованных лиц (подтверждаю, что согласие Застрахованных лиц имеется).*

*Перечень собираемых данных, связанных со Страхователем/Застрахованным, - ФИО, данные документа, удостоверяющего личность, индивидуальный идентификационный номер (ИИН), контактные данные, адрес местожительства, место работы и другие данные, относящиеся к моей личности.*

*Срок/период согласия – срок действия договора страхования и в течение сроков хранения документов по страховым выплатам, предусмотренных действующим законодательством Республики Казахстан*.

Прошу Вас зарегистрировать данное происшествие.

Достоверность сообщенных мною сведений подтверждаю.

Перечень документов, необходимых для рассмотрения вопроса о страховой выплате, получил(а).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

*(Фамилия, инициалы) Подпись*