



АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ БЛАГОСОСТОЯНИЕ ОБЩЕЕ СТРАХОВАНИЕ»

Принадлежность договора страхования

№ _____

GAP - страхование

Дата приема Заявления « ____ » _____ 20 ____ г.

Заявление о наступлении страхового события

ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ

Страховой полис/договор: _____ № _____

Заявитель: Страхователь Выгодоприобретатель Наследник Законный представитель Иное _____
фамилия, имя, отчество

Фактический почтовый адрес: _____

Тел./Факс: _____ код города _____ домашний, рабочий, мобильный номер _____

ДАННЫЕ ПО СОБЫТИЮ

Событие произошло: « ____ » _____ 20 ____ г. _____ час. _____ мин.

Водитель на момент происшествия: _____ фамилия, имя, отчество

Водительское удостоверение: _____

Категория: А В С D E

Адрес места происшествия: _____
регион, область, город/село/деревня, улица, дом, строение/корпус

Данные ТС Страхователя:

Марка _____

Модель _____

Гос. номер _____

VIN код _____

Страховое событие:

Полная конструктивная или фактическая гибель ТС

Угон

Обстоятельства события: _____

О событии заявлено в организации: ГИБДД ОВД МЧС ГИДРОМЕТЕОЦЕНТР Иное _____

Наименование страховой компании, где зарегистрировано КАСКО ТС _____

Сумма выплаты по договору КАСКО ТС _____

СВЕДЕНИЯ О БАНКОВСКИХ РЕКВИЗИТАХ

Получатель платежа _____

Наименование (управление, филиал) банка: _____

Наименование, номер филиала (отделения) банка: _____

БИК: _____ ИНН банка получателя: _____

Корреспондентский счет: _____

Расчетный счет банка: _____

Расчетный (лицевой счет) получателя: _____

ДОКУМЕНТЫ, ПРИЛАГАЕМЫЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ

Наименование документов	Листов	Принял (Ф. И. О., подпись)	Дата

Я подтверждаю следующее:

Я подтверждаю, что все сообщенные мной в Заявлении сведения, необходимые для рассмотрения вышеуказанного события, соответствуют действительности на нижеуказанную дату, и не возражаю против их проверки Страховщиком. Обязуюсь незамедлительно уведомить Страховщика обо всех изменениях, а также о любых обстоятельствах, способных повлиять на увеличение размера ущерба. Подписывая настоящее Заявление, Заявитель тем самым предоставляет Страховщику право обрабатывать любыми способами персональные данные, указанные в настоящем Заявлении, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных и трансграничную передачу с целью исполнения Договора. Согласие дано на весь срок действия Договора, а также на 10 (десять) лет после его прекращения и может быть отозвано Заявителем в любой момент путем направления письменного уведомления в адрес АО «СК БЛАГОСОСТОЯНИЕ ОС». Заявитель дает согласие на обработку указанных им персональных данных третьими лицами на основании заключенных Страховщиком с этими лицами договоров/соглашений.

Заявитель _____
подпись _____ расшифровка подписи _____

Заявление принял _____
должность _____ подпись _____ Ф.И.О. _____



**АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ БЛАГОСОСТОЯНИЕ ОБЩЕЕ СТРАХОВАНИЕ»**

АНКЕТА ФИЗИЧЕСКОГО ЛИЦА (ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПРЕДПРИНИМАТЕЛЯ)

СВЕДЕНИЯ В НАСТОЯЩЕЙ АНКЕТЕ ЗАПРАШИВАЮТСЯ ВО ИСПОЛНЕНИЕ ТРЕБОВАНИЙ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОТ 7 АВГУСТА 2011 Г. № 115-ФЗ "О ПРОТИВОДЕЙСТВИИ ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ"													
Заявитель: _____													
ФИО													
ДАТА РОЖДЕНИЯ		ГРАЖДАНСТВО		УКАЗАТЬ:									
ИНН (ПРИ НАЛИЧИИ)													
ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ:	ВИД ДОКУМЕНТА												
	РЕКВИЗИТЫ ДОКУМЕНТА	СЕРИЯ					НОМЕР						
		ВЫДАН	КЕМ КОГДА										
АДРЕС МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА (РЕГИСТРАЦИИ):	ИНДЕКС	РЕСПУБЛИКА, КРАЙ, ОБЛАСТЬ, ОКРУГ											
	СТРАНА	НАИМЕНОВАНИЕ НАСЕЛЕННОГО ПУНКТА											
	УЛИЦА	ДОМ	КОРП.	КВ.									
АДРЕС МЕСТА ПРЕБЫВАНИЯ (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ)	ИНДЕКС	РЕСПУБЛИКА, КРАЙ, ОБЛАСТЬ, ОКРУГ											
	СТРАНА	НАИМЕНОВАНИЕ НАСЕЛЕННОГО ПУНКТА											
	УЛИЦА	ДОМ	КОРП.	КВ.									
ТЕЛЕФОН(Ы):	ДОМ.	ФАКС (ЕСЛИ ЕСТЬ):		E-MAIL (ЕСЛИ ЕСТЬ):									
	РАБ.												
	МОБ.												
ДАТА ВЫДАЧИ СВИДЕТЕЛЬСТВА О ГОСУДАРСТВЕННОЙ РЕГИСТРАЦИИ (ДЛЯ ИП)				РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР (ОГРНИП) ДЛЯ ИП									
НАИМЕНОВАНИЕ РЕГИСТРИРУЮЩЕГО ОРГАНА (ДЛЯ ИП)													
ДАННЫЕ МИГРАЦИОННОЙ КАРТЫ (ДЛЯ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ГРАЖДАН РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ) ИЛИ ЛИЦ БЕЗ ГРАЖДАНСТВА):				НОМЕР КАРТЫ									
				ДАТА НАЧАЛА СРОКА ПЕРЬБЫВАНИЯ				ДАТА ОКОНЧАНИЯ СРОКА ПРЕБЫВАНИЯ					
ДАННЫЕ ДОКУМЕНТА, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕГО ПРАВО ИНОСТРАННОГО ГРАЖДАНИНА ИЛИ ЛИЦА БЕЗ ГРАЖДАНСТВА НА ПРЕБЫВАНИЕ (ПРОЖИВАНИЕ) В РФ				ВИД ДОКУМЕНТА				СЕРИЯ (ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ)				№	
				ДАТА НАЧАЛА СРОКА ПЕРЬБЫВАНИЯ				ДАТА ОКОНЧАНИЯ СРОКА ПРЕБЫВАНИЯ					
<p>являетесь ли вы иностранным публичным должностным лицом _____, должностным лицом публичных международных организаций _____ ** ЛИБО ЛИЦО ЗАМЕЩАЮЩИМ (ЗАНИМАЮЩИМ) ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ДОЛЖНОСТИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ДОЛЖНОСТИ ЧЛЕНОВ СОВЕТА ДИРЕКТОРОВ ЦЕНТРАЛЬНОГО БАНКА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ДОЛЖНОСТИ ФЕДЕРАЛЬНОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ, НАЗНАЧЕНИЕ НА КОТОРЫЕ И ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ КОТОРЫХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРЕЗИДЕНТОМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ИЛИ ПРАВИТЕЛЬСТВОМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ДОЛЖНОСТИ В ЦЕНТРАЛЬНОМ БАНКЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ГОСУДАРСТВЕННЫХ КОРПОРАЦИЯХ И ИНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, СОЗДАНЫХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИЕЙ НА ОСНОВАНИИ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ЗАКОНОВ, ВКЛЮЧЕННЫЕ В ПЕРЕЧНИ ДОЛЖНОСТЕЙ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЕ ПРЕЗИДЕНТОМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ЛИБО РОДСТВЕННИКОМ УКАЗАННЫХ КАТЕГОРИЙ ЛИЦ?</p>													
<p>* К ИНОСТРАННЫМ ПУБЛИЧНЫМ ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦАМ ОТНОСЯТСЯ ЛЮБЫЕ НАЗНАЧАЕМЫЕ ИЛИ ИЗБИРАЕМЫЕ ЛИЦА, ЗАНИМАЮЩИЕ КАКУЮ-ЛИБО ДОЛЖНОСТЬ В ЗАКОНОДАТЕЛЬНОМ ИСПОЛНИТЕЛЬНОМ, АДМИНИСТРАТИВНОМ ИЛИ СУДЕБНОМ ОРГАНЕ ИНОСТРАННОГО ГОСУДАРСТВА, И ЛЮБЫЕ ЛИЦА, ВЫПОЛНЯЮЩИЕ КАКУЮ-ЛИБО ПУБЛИЧНУЮ ФУНКЦИЮ ДЛЯ ИНОСТРАННОГО ГОСУДАРСТВА. В ТОМ ЧИСЛЕ ПУБЛИЧНОГО ВЕДОМСТВА ИЛИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ.</p>													
<p>** К ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦАМ ПУБЛИЧНЫХ МЕЖДУНАРОДНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ОТНОСЯТСЯ СЛУЖАЩИЕ МЕЖДУНАРОДНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ИЛИ ЛЮБЫЕ ИНЫЕ ЛИЦА, КОТОРЫЕ УПОЛНОМОЧЕНЫ ТАКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ ДЕЙСТВОВАТЬ ОТ ИХ ИМЕНИ.</p>													

ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ИНФОРМАЦИЯ, ПРИВЕДЕННАЯ МНОЙ В НАСТОЯЩЕЙ АНКЕТЕ, ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛНОЙ И ДОСТОВЕРНОЙ. В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ МОИХ ДОГОВОРНЫХ ОТНОШЕНИЙ СО СТРАХОВЩИКОМ Я ОБЯЗУЮСЬ В ПИСЬМЕННОЙ ФОРМЕ ИНФОРМИРОВАТЬ СТРАХОВЩИКА ОБО ВСЕХ ИЗМЕНЕНИЯХ ПРЕДОСТАВЛЕННОЙ ИНФОРМАЦИИ В ТЕЧЕНИЕ 7 ДНЕЙ С МОМЕНТА ВСТУПЛЕНИЯ ТАКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В СИЛУ.

Заявитель _____
подпись

Заявление принял _____
должность _____
подпись _____
ФИО _____

АО «СК БЛАГОСОСТОЯНИЕ ОС» Регистрационный номер 1027809242120 Лицензия ФСФР С № 1207 77