в АО «Халык-Life»

_____
_____
_____
_____
_____

(Наименование организации, адрес, ФИО, должность и телефон контактного лица Страхователя)

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВОЗМЕЩЕНИЕ РАСХОДОВ НА ПОГРЕБЕНИЕ (юр. лица)

По договору обязательного страхования работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей №……..…… **от (дата)**…….……..

Страхователь: ……..…….……

Застрахованный:……...……..……

……*(наименование Страхователя)* в лице …… *(должность, ФИО)*, действующего на основании ……., настоящим подтверждает осуществление погребение пострадавшего работника *(ФИО)* ……, умершего в результате несчастного случая на производстве.

Прошу Вас возместить расходы на погребение пострадавшего работника в размере, предусмотренном Законом Республики Казахстан «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей», на следующие реквизиты:

- Наименование банка…….……..…..…….....
- БИК (SWIFT) банка…….
- 20-ти значный IBAN клиента ……...……...……...
- Наименование владельца счета……..……..……...
- ИИН владельца счета……..……..……...

Я, (ФИО заявителя) _____ предупрежден об ответственности, предусмотренной законодательством Республики Казахстан, правилами страхования, договором страхования за умышленное создание страхового случая, а также иные мошеннические действия, направленные на незаконное получение возмещения расходов на погребение.

В целях обеспечения соблюдения законодательства Республики Казахстан, настоящим предоставляю согласие:
1) на сбор Компанией из всех источников и обработку (в т.ч. накопление, хранение, изменение, дополнение, использование, распространение, обезличивание, блокирование и уничтожение) Компанией информации, относящейся к моим персональным данным и условиям страхования на электронном, бумажном и любом ином носителе (далее – Информация);
2) на передачу Компанией Информации уполномоченным государственным органам и любым третьим лицам, когда Компания обязана или вправе совершить такие действия в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан, заключенными договорами и в иных случаях; трансграничную передачу независимо от обеспечения соответствующим иностранным государством защиты такой Информации;
3) на самостоятельное определение Компанией условий доступа к Информации.
4) на оповещение и уведомление меня по e-mail, посредствам sms-сообщения либо иным возможным способом о сведениях, связанных с договором страхования;
5) Компании на раскрытие (передачу, выдачу, разглашение и т.п.) сведений, составляющих тайну страхования, организациям, входящим в состав финансовой группы «Halyk Group», аффилированным лицам Компании, перестраховочным организациям и иным лицам по усмотрению Компании.

_____/_____ «___» _____ 20 __ г.

ФИО Заявителя *подпись Заявителя*