

Заявление анкеты на добровольное страхование непредвиденных убытков при задержке рейса

1. СТРАХОВАТЕЛЬ:

Фамилия Имя Отчество			
Признак резидентства:	<input type="checkbox"/> резидент	<input type="checkbox"/> не резидент (указать страну) _____	
ИИН			
Дата рождения			
Место рождения			
Документ, удостоверяющий личность:			
№ _____	Дата выдачи: _____	Дата окончания: _____	
Кем выдано _____			
Адрес регистрации:			
Адрес фактического пребывания:			
Контакт. телефон/Сот./E-mail:			
Являетесь ли Вы Публичным должностным лицом*?	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	
Являетесь ли Вы супругой (супругом) или близким родственником Публичного должностного лица*?	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	
Бенефициарный собственник		Страхователь	
Сведения об источниках финансирования совершаемых операций		Заработная плата	

* Согласно требованиям пп.3-2) статьи 1 Закона о ПОД/ФТ - публичное должностное лицо: лицо, занимающее ответственную государственную должность; должностное лицо; лицо, уполномоченное на выполнение государственных функций; лицо, исполняющее управленческие функции в государственной организации или субъекте квазигосударственного сектора; лицо, назначаемое или избираемое, занимающее какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном, судебном органах или вооруженных силах иностранного государства; лицо, выполняющее какую-либо публичную функцию для иностранного государства; лицо, занимающее руководящую должность в организациях, созданных странами на основе соглашений, которые имеют статус международных договоров.

2. ЗАСТРАХОВАННЫЙ: согласно Приложению № 1 к данному Заявлению анкеты

3. ИНФОРМАЦИЯ ПО РЕЙСУ:

	Номер рейса	Дата вылета	Время вылета	Место вылета	Перевозчик
1					
2					

К заявлению прилагается Приложение №1 Список лиц подлежащих страхованию

Декларация:

Оплатой страховой премии, Страхователь подтверждает, что представленная выше информация является достоверной, правдивой и полной, и вопрос о любых страховых выплатах будет рассматриваться с учетом выше приведенных данных. Страхователя поставили в известность о том, что недостоверность вышеуказанной информации является основанием для недействительности полиса страхования и отказа Страховщика от осуществления страховой выплаты. С условиями и Правилами добровольного страхования непредвиденных убытков при задержке рейса Акционерного общества "Страховая компания "Freedom Finance Insurance" ознакомлен и согласен.

В целях обеспечения соблюдения законодательства Республики Казахстан Страхователь предоставляет согласие:

- 1) на сбор Страховщиком из всех источников и обработку (в т.ч. накопление, хранение, изменение, дополнение, использование, распространение, обезличивание, блокирование и уничтожение) Страховщиком информации, относящейся к персональным данным на электронном, бумажном и любом ином носителе (далее – Информация);
- 2) на передачу Страховщиком Информации уполномоченным государственным органам и любым третьим лицам, когда Страховщик обязан 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, на передачу сведений о распространении персональных данных в общедоступных источниках;
- 3) на самостоятельное определение Страховщиком условий доступа к Информации.

Срок хранения персональных данных определяется Страховщиком до минования надобности в дальнейшем хранении персональных данных. Использование персональных данных осуществляется в целях исполнения Страховщиком либо третьим лицом условий полиса страхования и/или законодательства Республики Казахстан, а также для реализации целей деятельности Страховщика в целом.

Страхователь обязан истребовать у Застрахованного (Выгодоприобретателя) письменное согласие на сбор и обработку Страховщиком, либо третьим лицом персональных данных Застрахованного (Выгодоприобретателя).

Подтверждает, что осуществляемая им операция не связана с легализацией (отмыванием) доходов, полученных преступным путем, и финансированием терроризма, финансированием распространения оружия массового уничтожения, целью и характером деловых отношений является заключение полиса страхования

№	Фамилия Имя Отчество Застрахованного лица	ИИН	Дата рождения	Место рождения	Признак резидентства	Код сектора экономики	Номер, дата выдачи, срок действия и орган выдачи документа, удостоверяю щего личность	Адрес	Является ли Публичным должностным лицом, его супругой (супругом) или близким родственником*?
1									<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
2									
3									
4									
5									
6									

* Согласно требованиям пп. 3-2) статьи 1 Закона о ПОД/ФТ - публичное должностное лицо:
лицо, занимающее ответственную государственную должность; должностное лицо; лицо, уполномоченное на выполнение государственных функций; лицо, исполняющее управленческие функции в государственной организации или субъекте квазигосударственного сектора; лицо, назначаемое или избираемое, занимающее какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном, судебном органах или вооруженных силах иностранного государства; лицо, выполняющее какую-либо публичную функцию для иностранного государства; лицо, занимающее руководящую должность в организациях, созданных странами на основе соглашений, которые имеют статус международных договоров.