



**8. МЕРЫ, ПРИНЯТЫЕ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ УЩЕРБА И СПАСЕНИЮ ИМУЩЕСТВА**

--

**9. ПЕРЕЧЕНЬ УТРАЧЕННОГО, УНИЧТОЖЕННОГО И / ИЛИ ПОВРЕЖДЕННОГО ИМУЩЕСТВА**

--

**10. ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ РАЗМЕР УБЫТКОВ**

--

**11. О СОБЫТИИ ЗАЯВЛЕНО В КОМПЕТЕНТНЫЕ ОРГАНЫ (ОРГАНИЗАЦИИ)**

Дата заявления	<input type="checkbox"/> Полицию	<input type="checkbox"/> ОНД, пожарную часть	<input type="checkbox"/> ГОСТЕХНАДЗОР	<input type="checkbox"/> РОСГИДРОМЕТ
	<input type="checkbox"/> Эксплуатирующую организацию	<input type="checkbox"/> МЧС	<input type="checkbox"/> иное (указать):	

**12. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ВИНОВНИК ГИБЕЛИ, УТРАТЫ И /ИЛИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ИМУЩЕСТВА**

Ф.И.О. / НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ	
АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ/ МЕСТА НАХОЖДЕНИЯ	

**13. ДВОЙНОЕ СТРАХОВАНИЕ (ЗАСТРАХОВАНО ЛИ ИМУЩЕСТВО В ДРУГИХ КОМПАНИЯХ)**

<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА	НАИМЕНОВАНИЕ КОМПАНИИ	СТРАХОВАЯ СУММА	
------------------------------	-----------------------------	-----------------------	-----------------	--

**14. ПРИЛАГАЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ**

--

Заполняя данное уведомление я подтверждаю, что все указанные сведения полны и достоверны, а также представляю ООО «СК«Согласие» согласие на обработку персональных данных, то есть совершение, в том числе, следующих действий: обработку (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), при этом общее описание вышеуказанных способов обработки данных приведено в ФЗ №152 от 27.07.2006 г. «О персональных данных», а также на передачу такой информации третьим лицам, в случаях, установленных нормативными документами вышестоящих органов и законодательством РФ. Настоящее согласие действует бессрочно. Настоящее согласие может быть отозвано заявителем в любой момент по соглашению сторон. В случае неправомерного использования предоставленных данных соглашение отзывается письменным заявлением субъекта персональных данных.

**ЗАЯВИТЕЛЬ/ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ЗВЯВИТЕЛЯ**

ИНИЦИАЛЫ, ФАМИЛИЯ	ПОДПИСЬ	ДАТА

**ЗАЯВЛЕНИЕ ПРИНЯЛ. ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА**

ИНИЦИАЛЫ, ФАМИЛИЯ	ПОДПИСЬ	ДАТА