



**Уведомление о наступлении страхового  
случая (все поля обязательны для  
заполнения)**

**Сведения о Заявителе (лицо, которое заполняет уведомление)**

ФИО \_\_\_\_\_

ИИН \_\_\_\_\_

Фактический адрес проживания:

\_\_\_\_\_  
(почтовый индекс, область, город, район, улица, № дома, квартиры)

Телефон дом. \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Телефон моб. \_\_\_\_\_

Договор страхования № \_\_\_\_\_

**Сведения о Застрахованном (лицо, с которым произошел страховой случай)**  
(не заполняется если Заявитель и Застрахованный одно и тоже лицо)

ФИО \_\_\_\_\_

ИИН \_\_\_\_\_

Фактический адрес проживания:

\_\_\_\_\_  
(почтовый индекс, область, город, район, улица, № дома, квартиры)

**Событие (нужное отметить )**

- Смерть
- Инвалидность I – II – III группы
- Временная нетрудоспособность
- Госпитализация
- Телесные повреждения
- Смертельно опасные заболевания

Дата события: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Место и Причины события: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**К настоящему уведомлению прилагаю следующие документы:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Всего листов \_\_\_\_\_

**Заполняется при наличии договора добровольного страхования жизни заёмщика банка.**

В случае отказа в осуществлении страховой выплаты (при смерти Застрахованного) настоящим уведомлением, я даю свое согласие на осуществление возврата части страховой премии за неиспользованный период, прошу перевести (нужное отметить ):

- на предоставленные реквизиты
- в счет погашения кредита

**Заполняется при наличии договора добровольного страхования жизни от несчастных случаев «Защита семьи»/«Финансовая Защита».**

В случае положительного рассмотрения страхового случая, страховую выплату прошу перевести (нужное отметить ):

- на предоставленные реквизиты
- в счет погашения кредита

**Согласие на обработку персональных данных.**

Настоящим заявлением, я разрешаю любому медицинскому работнику и/или учреждению здравоохранения, имеющему информацию об истории заболевания, физическом и психическом состоянии, диагнозе, лечении и прогнозе лечения в отношении меня или Застрахованного, предоставлять в случае запроса в АО «Европейская Страховая Компания». Я разрешаю АО «Европейская Страховая Компания» использовать эту информацию только для решения вопросов, связанных со страхованием, для принятия решения об осуществлении страховой выплаты и ее размере. Понимаю, что без заполнения обязательных полей и без подписи на заявлении, страховая выплата не будет осуществлена. Я, будучи Выгодоприобретателем по данному страховому договору, предоставляю компании право раскрывать, в том числе за пределы государства, информацию касающуюся моего здоровья и финансового состояния в её родительскую (материнскую) компанию или её доверенные компании для целей андеррайтинга, расследования страховых случаев, осуществления страховой выплаты, сострахования или перестрахования.

Датой подачи заявления/приема документов считается дата передачи документов в офис АО «Европейская Страховая Компания»

*Сообщение заведомо ложных, недостоверных сведений, и/или предоставление фиктивных документов Заявителем является основанием для требования Страховщиком применения мер, предусмотренных законодательством Республики Казахстан.*

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

Подпись Заявителя \_\_\_\_\_

**Заполняется сотрудником  
АО «Европейская Страховая Компания»**

Дата принятия заявления « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Ф.И.О. сотрудника \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_