

**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)

Телефон дом. ____ (_____) _____ Телефон моб. _____

Событие (нужное отметить)

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

Произошло ли данное событие в результате ДТП Да Нет

Дата события: «_____» _____ 20__ г.

Место события: _____

Причины и обстоятельства события: _____

Вызов уполномоченных органов (нужное отметить):

Полиция Пожарные Скорая медицинская помощь Не вызывал

Свидетели страхового случая (ФИО, контактный телефон):

К настоящему уведомлению прилагаю следующие документы:

Название документа (нужное отметить <input checked="" type="checkbox"/>)	Кол-во листов
<input type="checkbox"/> Копию страхового договора	
<input type="checkbox"/> Копию удостоверения личности заявителя (наследника)	
<input type="checkbox"/> Нотариально заверенную копию свидетельства о заключении брака или свидетельства о рождении	
<input type="checkbox"/> Нотариально заверенную копию справки об инвалидности	

<input type="checkbox"/> Копию заключения врачебно-консультационной комиссии по форме № 035-1/у	
<input type="checkbox"/> Нотариально заверенную копию свидетельства о смерти	
<input type="checkbox"/> Копию врачебного свидетельства о смерти (Форма № 106) или копию корешка врачебного свидетельства о смерти или копию справки о смерти для предъявления в страховую кассу (нужное подчеркнуть)	
<input type="checkbox"/> Выписку из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного (Форма № 027/у)	
<input type="checkbox"/> Справка из травмпункта, выписка из лечебного учреждения	
<input type="checkbox"/> Данные дополнительных методов исследований (рентгенограмма) при наличии	
<input type="checkbox"/> Копия справки о ДТП (если госпитализация в результате ДТП)	
<input type="checkbox"/> Копия полного листка временной нетрудоспособности (с печатью работодателя)	
<input type="checkbox"/> Документы, выданные государственными компетентными органами, производившими расследование обстоятельств и причин произошедшего события	
<input type="checkbox"/> Заключение эксперта судебно-медицинской экспертизы (форма №173-1/у)	
<input type="checkbox"/> Заключение химико-токсикологической экспертизы	
<input type="checkbox"/> Акт о несчастном случае на производстве (при наличии)	
<input type="checkbox"/> Полные банковские реквизиты Заявителя (наследника)	

Дополнительные

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 от несчастных случаев «Защита семьи».

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 _____