

**Заявление о наступлении страхового случая и получении страховой выплаты**  
(все поля обязательны для заполнения)

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись Заявителя \_\_\_\_\_

**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 (при наличии) № \_\_\_\_\_ (при наличии)

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

ФИО \_\_\_\_\_

ИИН \_\_\_\_\_

**Событие (нужное отметить )**

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

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

Место события: \_\_\_\_\_

Причины и обстоятельства события: \_\_\_\_\_

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

**К настоящему уведомлению прилагаю следующие документы:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Всего листов: \_\_\_\_\_

**Заполняется наследниками застрахованного по договорам страхования жизни и от несчастных случаев заемщиков банка**

Настоящим заявлением я даю свое согласие:

1. В случае отказа по Страховому случаю остаток страховой премии за неиспользованный период перевести (нужное отметить)

- на предоставленные реквизиты  
 в счет погашения кредита

2. В случае положительного рассмотрения страхового случая, страховую выплату 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, со страхования или перестрахования.

Дата приема документов, считается дата получения документов 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*