

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

Сведения о Заявителе

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

ИИН \_\_\_\_\_

Фактический адрес проживания: \_\_\_\_\_

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

Телефон моб.: \_\_\_\_\_

Номер договор страхования (при наличии) \_\_\_\_\_

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

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

ИИН \_\_\_\_\_

Событие которое произошло (нужное отметить )

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

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

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

К настоящему уведомлению прилагаю следующие документы:

\_\_\_\_\_ Всего листов: \_\_\_\_\_

Заполняется по договорам заемщиков банка

Я, даю свое согласие перевести страховую выплату (Отметьте один пункт):

на предоставленные реквизиты

в счет погашения кредита

Настоящим, даю согласие на сбор и обработку персональных данных

Настоящим, даю согласие на отказ от страховой выплаты, если по истечении 60 календарных дней после направления Страховщиком уведомления о необходимости предоставления недостающих документов, мною не будет предоставлен полный пакет документов. В случае сбора мною полного пакета документов, я вправе обратиться к Страховщику для повторного рассмотрения вопроса о страховой выплате

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

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

\_\_\_\_\_ **Подпись Заявителя**