

**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**