

Сақтандыру жағдайының басталуы және сақтандыру төлемін алу туралы өтініш

(барлық жолдар міндетті түрде толтырылуға тиіс)

Өтініш беруші туралы мәлімет

ТАӘ _____

ЖСН _____

Нақты тұрғылықты мекен-жайы:

(Пошталық индекс, облыс, қала, аудан, көше, үй, пәтер №)

Ұялы телефоны: _____

Сақтандыру келісімшартының нөмірі(болған жағдайда) _____

Сақтанушы (сақтандыру жағдайын басынан кешірген тұлға) туралы мәлімет

(Өтініш беруші мен Сақтанушы бір тұлға болған жағдайда толтырылмайды)

ТАӘ _____

ЖСН _____

Болған оқиға (керектісін белгілеу қажет ☐)

- ☐ Қайтыс болу
- ☐ I – II - III топтағы мүгедектік
- ☐ Уақытша еңбекке жарамсыздық
- ☐ Ауруханаға жатқызу
- ☐ Дене жарақаттары
- ☐ Өмірге аса қауіпті аурулар

Оқиға күні: « _____ » _____ 20 _____ ж.

Оқиға себептері мен жағдайлары:

Мен сақтандыру төлемін аударуға келісімді беремін:

ұсынылған деректемелерге ☐

Жеке деректерді өңдеуге рұқсат беру

Өтініш берушінің жалған, күмәнді мәліметтерді хабарлауы және/немесе жалған құжаттарды ұсынуы Сақтандырушының Қазақстан Республикасының заңдарымен қаралған шараларды қолдануды талап етуіне негіз болып табылады.

« _____ » _____ 20 _____ ж.

Өтініш берушінің қолы