

**Заявление о наступлении страхового случая и получении страховой выплаты**

*(все поля обязательны для заполнения)*

**Сведения о Заявителе**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

ИИН \_\_\_\_\_

Фактический адрес проживания:

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

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  
☐ Телесные повреждения  
☐ Смертельно опасные заболевания

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

**Опишите, как произошло событие:**

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

Я, даю свое согласие перевести страховую выплату:

на предоставленные реквизиты ☐

Настоящим даю согласие на сбор и обработку персональных данных ☐

*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**