

**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 (нужно 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**