

**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
- ☐ Временная нетрудоспособность
- ☐ Госпитализация
- ☐ Телесные повреждения
- ☐ Смертельно опасные заболевания

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

**Опишите, как произошло событие:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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**

*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**