

Список документов по временной утрате трудоспособности в результате болезни

Фотографии документов отправьте по Whatsapp: ➡️ +7 701 053 26 42

- 1** **Удостоверение личности Заявителя**
с двух сторон (лица, с которым произошёл страховой случай)
- 2** **Медицинский документ**
для работающих: больничный лист;
для неработающих: медицинская выписка (форма 027/у) с указанием диагноза и периода лечения, заверенная печатью врача или медицинского учреждения.
- 3** **Документ, подтверждающий родство**
свидетельство о браке или свидетельство о рождении
- 4** **Банковские реквизиты**
текущий счёт в любом банке РК (счёт не должен быть пенсионным или депозитным)
- 5** **Оригинал заявления о страховом случае** (необходимо направить курьерской службой)*
шаблон заявления прилагается

*Адрес для отправки заявления:

АО «Европейская Страховая Компания»

г. Алматы, ул. Шашкина 1/1, индекс 050040

 **При необходимости могут быть запрошены дополнительные документы**

Срок рассмотрения - до 15 рабочих дней после получения последнего документа

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