

САҚТАНДЫРУ ПОЛИСІ ЖОҒАЛҒАНЫ ЖӘНЕ ТӨЛНҰСҚАСЫН БЕРУ ТУРАЛЫ ӨТІНІШ ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ УТЕРЕ СТРАХОВОГО ПОЛИСА И ВЫПИСКЕ ДУБЛИКАТА

Сақтандыру шарты/ Договор страхования №..... күн/от

Сақтанушы (Т.А.Ә.) / Страхователь (Ф.И.О.).....

Байланыс телефоны / Контактный телефон: үй/дом..... жұм./раб.....
моб.....; e-mail.....

Сақтандырылушы (ТАӘ) / Застрахованный (ФИО).....

Туған күні / Дата рождения

Тұрғылықты жері / Место жительства:

Мен/...../.....ж. №..... сақтандыру полисінің иесі бола тұра, сақтандыру полисін байқаусыз жоғалтып алғаным туралы хабардар етемін. Мен жоғалған полисті үшінші тарапқа берген емеспін және оның қайда екенін білмеймін. Өтініш беру күніне орай барлық сақтандыру жарналары (сақтандыру сыйлықақысы) толығымен төленгенін осы өтініш беру арқылы растаймын және «Казкоммерц-Life» Өмірді сақтандыру компаниясы» АҚ («Казкоммерцбанк» АҚ еншілес ұйымы) аталған полистің төлнұсқасын беруді және бұрын берілген полисті жарамсыз деп тануын сұраймын.

Являясь владельцем страхового полиса №..... от/...../.....г., настоящим заявляю, что я непреднамеренно утеряс(-а) страховой полис. Утерянный мною полис не был передан третьей стороне и о его местонахождении мне неизвестно. Настоящим заявлением подтверждаю, что все страховые взносы (страховая премия) на дату подачи заявления уплачены полностью, и прошу АО «Компания по страхованию жизни «Казкоммерц-Life» (дочерняя организация АО «Казкоммерцбанк») выдать дубликат указанного полиса, при этом ранее выписанный полис признать недействительным.

Сонымен қатар, полистің жоғалуына байланысты, «Казкоммерц-Life» Өмірді сақтандыру компаниясы» АҚ («Казкоммерцбанк» АҚ еншілес ұйымы) және/немесе үшінші тұлғаларға – пайда алушыларға азаматтық, қылмыстық заңнамасы бойынша талап етілуі мүмкін барлық құқықтық міндеттемелерді сөзсіз өзім көтеретінім жөнінде мәлімдеймін.

Я также заявляю, что безоговорочно принимаю на себя все правовые обязательства как по гражданскому, так и по уголовному законодательству, которые могут быть предъявлены к АО «Компания по страхованию жизни «Казкоммерц-Life» (дочерняя организация АО «Казкоммерцбанк») и/или третьим лицам – выгодоприобретателям в связи с утерей полиса.

Өтінішке қоса тапсырамын / К заявлению прилагаются:

- жеке куәлігінің көшірмесі (ЖСН туралы мәліметгермен) / копия удостоверения личности с информацией об ИИН.

Өтініш беру күніне орай барлық сақтандыру жарналары (сақтандыру сыйлықақысы) толығымен төленбеген жағдайда, сақтандыру компаниясы сақтандыру полисінің төлнұсқасын беруден бас тартуға құқылы.

В случае неоплаты страховых взносов (страховой премии) в полном объеме на дату подачи данного Заявления Страховая Компания вправе отказать в выдаче дубликата страхового полиса.

Мен (Сақтанушы, Сақтандырылушы) «Казкоммерц-Life» Өмірді сақтандыру компаниясы» АҚ («Казкоммерцбанк» АҚ еншілес ұйымы) өзімнің жеке деректерімді электрондық, қағаз және/немесе заттық тасымалдағышта жинақтап өндеуіне келісемін.

Я (Страхователь, Застрахованный) согласен со сбором и обработкой АО «Компания по страхованию жизни «Казкоммерц-Life» (дочерняя организация АО «Казкоммерцбанк») своих персональных данных на электронном, бумажном и/или материальном носителе.

_____/ _____ «__» _____ 20__ г.
Сақтанушының ТАӘ өз қолымен/ФИО Страхователя собственноручно қолы/подпись

_____/ _____ «__» _____ 20__ г.
Сақтандырылушының ТАӘ өз қолымен/ФИО Застрахованного собственноручно қолы/подпись