

**Заявление об осуществлении страховой выплаты  
по договору накопительного/ненакопительного страхования.**

Прошу произвести страховую выплату по договору страхования (наименование договора страхования, № \_\_\_\_\_ и дата подписания договора)

Описание страхового случая (отметить необходимое): \*

- Смерть Застрахованного в результате несчастного случая:**  
 **Смерть Застрахованного по причине иной, чем несчастный случай:**  
 **Установление Застрахованному инвалидности в результате несчастного случая** (указать группу) \_\_\_\_\_  
 **Установление Застрахованному инвалидности по причине иной, чем несчастный случай** (указать группу) \_\_\_\_\_  
 **Получение Застрахованным телесной травмы**  
 **Дожитие застрахованного до окончания срока договора страхования**  
 **Установление Застрахованному степени утраты профессиональной трудоспособности:**  
 - степень утраты профессиональной трудоспособности (указать в процентах) \_\_\_\_\_  
 **Иное:** (описание) \_\_\_\_\_

Наименование либо Ф.И.О. страхователя: *
Ф.И.О. застрахованного лица: *
Ф.И.О. дата рождения, гражданство (при наличии), ИИН/БИН выгодоприобретателя: * Налоговое резидентство, в том числе номер налогоплательщика в иностранном государстве выгодоприобретателя: _____
адрес места жительства (регистрации) или места пребывания (государства/юрисдикция, почтовый индекс, населенный пункт, улица/район, номер дома и при наличии номер квартиры) выгодоприобретателя: *
номер контактного телефона, место работы, должность, адрес электронной почты (при его наличии) выгодоприобретателя*
Банковские реквизиты выгодоприобретателя (получателя страховой выплаты): наименование банка, БИН банка, БИК банка, ИИК банка, № счета в банке, ИИН /БИН выгодоприобретателя (получателя страховой выплаты), иная информация: *
Я, настоящим заверяю страховщика в действительности и достоверности предоставленной мной информации относительно причин и обстоятельств наступления страхового случая. Ознакомлен и согласен с последствиями предоставления мною ложных сведений о причинах и обстоятельствах наступления страхового случая, предусмотренного законодательством Республики Казахстан и внутренними документами страховщика.  В целях обеспечения соблюдения законодательства Республики Казахстан, настоящим предоставляю согласие: 1) на сбор Компанией из всех источников и обработку (в т.ч. накопление, хранение, изменение, дополнение, использование, распространение, обезличивание, блокирование и уничтожение) Компанией информации, относящейся к моим персональным данным на электронном, бумажном и любом ином носителе (далее – Информация); 2) на передачу Компанией Информации уполномоченным государственным органам и любым третьим лицам, когда Компания обязана или вправе совершить такие действия в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан, заключенными договорами и в иных случаях; трансграничную передачу независимо от обеспечения соответствующим иностранным государством защиты такой Информации; 3) на самостоятельное определение Компанией условий доступа к Информации.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (ФИО заявителя)

\* - Поля, обязательные к заполнению.