

**Жинақтаушы/жинақтаушы емес сақтандыру шарты бойынша
сақтандыру төлемін жүзеге асыру жөніндегі өтініш**

Сақтандыру шарты бойынша сақтандыру төлемін жасауыңызды сұраймын (сақтандыру шартының атауы, № _____ және шартқа қол қойылған күні)

Сақтандыру жағдайының сипаттамасы (қажет болған жағдайда белгіленіз):*

- ☐ Сақтандырылушының жазатайым оқиға нәтижесінде қайтыс болуы:
- ☐ Сақтандырылушының жазатайым оқиғадан басқа себептерден қайтыс болуы:
- ☐ Сақтандырылушыға жазатайым оқиға нәтижесінде мүгедектіктің белгіленуі (тобын көрсетіңіз) _____
- ☐ Сақтандырылушыға жазатайым оқиғадан басқа жағдайларда мүгедектіктің белгіленуі (тобын көрсетіңіз) _____
- ☐ Сақтандырылушының дене жаракатын алуы
- ☐ Сақтандырылушының сақтандыру шартының мерзімі аяқталғанға дейін өмір сүруі
- ☐ Сақтандырылушыға кәсіптік қабілетін жоғалту дәрежесінің белгіленуі:
- кәсіптік еңбек қабілетін жоғалту дәрежесі (пайызбен көрсетіңіз) _____
- ☐ басқа жағдайлары: (сипаттамасы) _____

Сақтанушының атауы немесе ТАӘ: *
Сақтандырылушының ТАӘ: *
Пайда алушының ТАӘ, туған күні, азаматтығы (бар болса), ЖСН/БСН: *
Салық резиденті, оның ішінде Пайда алушының шет елдегі салық төлеуші сәйкестендіру нөмірі
Пайда алушының тұрғылықты (тіркеу) немесе тұратын жері (мемлекет/юрисдикция, пошта индексі, елді мекен, көше/аудан, үй нөмірі және бар болса, пәтер нөмірі) мекенжайы:*
Пайда алушының байланыс телефоны, жұмыс орны, лауазымы, электрондық пошта мекенжайы (бар болса). *
Пайда алушының (сақтандыру төлемін алушының) банктік деректемелері: банк атауы, банк БСН, банк БСК, банк ЖСК, банк шотының нөмірі, Пайда алушының (сақтандыру төлемін алушының) ЖСН/БСН, басқа да мәліметтер:*
Пайда алушының Сақтанушымен туыстық қатынасын көрсетіңіз және растайтын құжаттардың көшірмелерін қоса беріңіз (тек сақтандыру шарты бойынша толтырылады) ☐ - жұбайы; ☐ - ата-анасы; ☐ - баласы; ☐ - аға-іні/әпке сіңлі/қарындасы; ☐ - ата-апасы; ☐ - немересі; ☐ - басқа туысы (көрсетіңіз) _____
Мен, осы құжат арқылы, сақтандырушыға сақтандыру жағдайы басталған себебі мен мән-жайына қатысты, ұсынған ақпараттың жарамдылығымен және сенімділігіне кепіл беремін. Мен сақтандыру жағдайы басталған себебі мен мән-жайы туралы жалған мәліметтерді берген жағдайда Қазақстан Республикасының заңнамасында және сақтандырушының ішкі құжаттарына сәйкес қолданылатын салдармен таныстым және онымен келісемін. Осы құжат арқылы, Қазақстан Республикасы заңнамасының сақталуын қамтамасыз ету мақсатында, келесілерге келісімді беремін: 1) Компанияға электрондық, қағаз жүзіндегі немесе өзге тасымалдаушыдағы менің дербес деректеріме қатысты ақпаратты (бұдан әрі - Ақпарат) барлық дереккөзден жинауға және Компаниямен өңдеуге (o.i. жинақтау, сақтау, өзгерту, толықтыру, пайдалану, тарату, иеліктен шығару, оқшау қою және жою); 2) Компанияға Қазақстан Республикасы заңнамасының талаптарына, жасалған шарттарға сәйкес және өзге жағдайларда Компания осындай іс-қимыл жасауға міндетті немесе құқылы болған кезде, Ақпаратты уәкілетті мемлекеттік органдарға және өзге үшінші тұлғаларға тапсыруға; тиісті шет мемлекеттің осындай Ақпараттың сақталуын қамтамасыз етуіне қарамастан, трансшекаралық беруге; 3) Компанияның Ақпаратқа қолжетімділік шарттарын дербес таңдауына; 4) Компанияға осы жасалған сақтандыру шартында қамтылған ақпаратты, сондай-ақ сақтандыру шартының тарапы, оның бас ұйымы және Компанияның бас ұйымының қатысуымен банк конгломератына кіретін тұлғалар туралы кез келген ақпаратты беруге.

«_____» _____ 20__ ж.

(қолы)

(Өтініш берушінің Т.А.Ә)

- - Толтырылуға міндетті қатар.