

**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:*  |
| Указать степень родства Выгодоприобретателя по отношению к Страхователю и приложить копии подтверждающих документов (заполняется только по договору накопительного страхования)<br><input type="checkbox"/> - супруг/супруга; <input type="checkbox"/> - родитель; <input type="checkbox"/> - ребенок; <input type="checkbox"/> - брат/сестра; <input type="checkbox"/> - дедушка/бабушка; <input type="checkbox"/> - внук/внучка;<br><input type="checkbox"/> - иное (укажите) _____   |
| 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.<br>В целях обеспечения соблюдения законодательства Республики Казахстан, настоящим предоставляю согласие:<br>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);<br>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;<br>3) на самостоятельное определение Компанией условий доступа к Информации;<br>4) на передачу Компанией информации, содержащейся в заключаемом договоре страхования, а также любой информации о стороне договора страхования своей родительской организации и лицам, входящим в банковский конгломерат с участием родительской организации Компании. |

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (ФИО заявителя)

• - Поля, обязательные к заполнению.