

**Заявление об осуществлении страховой выплаты
по договору обязательного (добровольного) страхования работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей и/или по договору аннуитетного страхования**

Внимание! Все поля и формы, предусмотренные настоящим заявлением, являются обязательными для заполнения. В случае объективного отсутствия данных, соответствующее поле заполняется словом «Нет» или ставится прочерк.

Прошу произвести страховую выплату по договору обязательного /добровольного страхования работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей / по договору аннуитетного страхования

Установление Застрахованному степени утраты профессиональной трудоспособности;

Возмещение дополнительных расходов;

Смерть Застрахованного;

Наименование либо Ф.И.О. страхователя: _____	
ФИО застрахованного лица: _____	
ФИО выгодоприобретателя (аннуитета), иждивенца (в случае смерти застрахованного): _____	
дата рождения (выгодоприобретателя иждивенца (аннуитета)): _____	
гражданство (выгодоприобретателя / иждивенца (аннуитета)): _____	
ИИН (выгодоприобретателя / иждивенца (аннуитета)): _____	
Если выгодоприобретатель / иждивенец (аннуитент) является налоговым резидентом США, укажите Номер налогоплательщика в иностранном государстве: _____	
Адрес места жительства (регистрации) или места пребывания (государства/юрисдикция, почтовый индекс, населенный пункт, улица/район, номер дома и при наличии номер квартиры), выгодоприобретателя/иждивенца (аннуитета): _____	
Номер контактного телефона: _____	
Адрес электронной почты (e-mail) _____	
Банковские реквизиты выгодоприобретателя/ иждивенца (аннуитета) /получателя страховой выплаты:	
ФИО получателя страховой выплаты: _____	
Наименование банка получателя страховой выплаты: _____	
№ счета в банке IBAN (20-ти значный счет получателя страховой выплаты): _____	
ИИН/БИН получателя страховой выплаты: _____	
При наличии группы инвалидности у аннуитета, укажите группу инвалидности и приложите копию справку об инвалидности	Группа инвалидности аннуитета _____
Сведения о бенефициарном собственнике ¹ :	
<input type="checkbox"/> Бенефициарного(-ых) собственника(-ов) не имею. При отсутствии Бенефициарного(-ых) собственника(-ов) следующие данные не заполняются.	
Тип контроля (влияния): <input type="checkbox"/> - родитель; <input type="checkbox"/> - усыновитель; <input type="checkbox"/> - опекун; <input type="checkbox"/> - попечитель	
ФИО Бенефициарного(-ых) собственника(-ов): _____	
ИИН Бенефициарного(-ых) собственника(-ов): _____	
Номер, дата и орган выдавший удостоверение личности или паспорт Бенефициарного (-ых) собственника(-ов) _____	
<p>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.</p> <p>Я, настоящим прошу уведомить меня на указанный в настоящем заявлении адрес электронной почты (e-mail) о заключении договора аннуитетного страхования.</p> <p>В случае смены банковских реквизитов, предоставленных для получения аннуитетных выплат, заверяю в своевременном предоставлении новых банковских реквизитов.</p> <p>В целях обеспечения соблюдения законодательства Республики Казахстан, настоящим предоставляю согласие на оповещение и уведомление меня по e-mail, посредством sms-сообщения либо иным возможным способом об очередных платежах и/или о приостановлении действия договора/полиса страхования о начале осуществления аннуитетных выплат и иных сведений, связанных с договором страхования.</p> <p>Я предоставляю АО «Халык-Life» (БИН 051140004354) и (или) организациям, входящими в состав финансовой Группы «Халык» (Акционеру АО «Халык-Life» (БИН 940140000385) и его дочерним организациям), перестраховочным организациям, организации по формированию и ведению базы данных по страхованию (БИН 120940011577), юридическому лицу, осуществляющему деятельность по привлечению пенсионных взносов и пенсионным выплатам (БИН 971240002115), юридическому лицу, осуществляющему по решению Правительства Республики Казахстан деятельность по оказанию государственных услуг (БИН 160440007161), операторам/владельцам государственных баз данных согласие на сбор и обработку,</p>	

_____ (полностью указывается фамилия, имя, отчество заявителя)

_____ (подпись заявителя)

« ____ » _____ 20 ____ г.

¹ Бенефициарный собственник - физическое лицо, осуществляющее контроль над клиентом, либо в интересах которого клиентом совершаются операции с деньгами и (или) иным имуществом

**Заявление об осуществлении страховой выплаты
по договору обязательного (добровольного) страхования работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых
(служебных) обязанностей и/или по договору аннуитетного страхования (продолжение)**

трансграничную передачу и распространение моих персональных данных и информации, связанных со мной и моими близкими родственниками, из всех источников и баз данных, в том числе содержащих врачебную, налоговую, банковскую тайну, тайну пенсионных накоплений, и иную охраняемую законом тайну, зафиксированных на электронном, бумажном и (или) ином материальном носителе, с целью оказания АО «Халык-Life» функций страховой организации и вышеуказанными организациями финансовых и иных услуг, в том числе необходимых для заполнения/формирования заявлений и договоров, а также моей надлежащей идентификации, включая, но не ограничиваясь: фамилия, имя, отчество, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, индивидуальный идентификационный номер, дата и данные о рождении, пол, национальность, фото, биометрические данные, состояние здоровья, банковские реквизиты, сведения, необходимые для поддержания связи, иные данные/информация, полученные и переданные на текущий момент и которые могут быть получены и переданы в будущем, из всех/во все возможных(-ые) источников(-и), в том числе любых(-е) баз(-ы) данных, в том числе баз данных: владельцев государственных баз данных, организации по формированию и ведению базы данных по страхованию, юридического лица, осуществляющего деятельность по привлечению пенсионных взносов и пенсионным выплатам, юридического лица, осуществляющего по решению Правительства Республики Казахстан деятельность по оказанию государственных услуг, которые будут или стали известны АО «Халык-Life» в процессе его деятельности и/или в рамках гражданско-правовых и иных отношений с контрагентами в рамках соответствующего договора, предоставляю АО «Халык-Life» возможность передачи моих персональных данных уполномоченным органам, Акционеру АО «Халык-Life» и его дочерним организациям, аффилированным лицам АО «Халык-Life», организации по формированию и ведению базы данных по страхованию, операторам государственных баз данных, и иным третьим лицам, связанным, как в настоящее время, так и в будущем, с АО «Халык-Life» обстоятельствами или правоотношениями, и любым третьим лицам, когда АО «Халык-Life» обязан или вправе совершить такие действия в соответствии с требованиями законодательства и (или) внутренними документами. Настоящее согласие действует в период правоспособности АО «Халык-Life» (его правопреемника).

_____ (полностью указывается фамилия, имя, отчество заявителя)

_____ (подпись заявителя)

« ____ » _____ 20__ г.