

## Список необходимых документов при телесных повреждениях

Фотографии документов отправьте по Whatsapp:  +7 701 053 26 42

**1**

**Удостоверение личности Заявителя**  
с двух сторон

**2**

**Выписка из медицинской карты (форма № 027/у) после окончания лечения.**

- Ее можете взять по месту лечения в поликлинике/стационаре;
- С указанием диагноза и периодом лечения;
- Наличие трех печатей (врача, для справок, медучреждения)

**3**

**Оригинал первоначального рентген-снимка**

**4**

**Реквизиты или справку о наличии счёта в любом банке РК**  
счёт должен быть обычным текущим (не пенсионный, не для пособий, не депозитный)

**5**

**Заявление о наступлении страхового случая и получении страховой выплаты**  
после предоставления всех документов, оригинал заявления с подписью отправляется Казпочтой или другой курьерской службой

**Также могут быть запрошены дополнительные документы**

**Срок рассмотрения — до 15 рабочих дней после получения всех документов**

**Заявление о наступлении страхового случая и получении страховой выплаты**

**(все поля обязательны для заполнения)**

**Сведения о Заявителе**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

ИИН \_\_\_\_\_

Фактический адрес проживания:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(почтовый индекс, область, город, район, улица, № дома, квартиры)

Телефон моб.: \_\_\_\_\_

Номер договор страхования (при наличии) \_\_\_\_\_

**Сведения о Застрахованном (лицо, с которым произошел страховой случай)**

(не заполняется если Заявитель и Застрахованный одно и тоже лицо)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

ИИН \_\_\_\_\_

**Событие которое произошло (нужное отметить):**

- ☐ Смерть  
☐ Инвалидность I – II – III  
☐ Временная нетрудоспособность  
☐ Госпитализация  
☐ Телесные повреждения  
☐ Смертельно опасные заболевания

Дата события: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

**Опишите, как произошло событие:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Заполняется по договорам заемщиков банка**

Я, даю свое согласие перевести страховую выплату (Отметьте один пункт):

- ☐ на предоставленные реквизиты  
☐ в счет погашения кредита

**Настоящим даю согласие на сбор и обработку персональных данных**

*Сообщение заведомо ложных, недостоверных сведений, и/или предоставление фиктивных документов Заявителем является основанием для требования Страховщиком применения мер, предусмотренных законодательством Республики Казахстан.*

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

\_\_\_\_\_  
**Подпись Заявителя**