

Список необходимых документов по временной утрате трудоспособности по болезни

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

- 1** **Удостоверение личности Заявителя**
с двух сторон
- 2** **Больничный лист или медицинская выписка из карты пациента (форма № 027/у)**
Медицинская выписка из карты пациента (форма № 027/у)
 - Её можно взять у Вашего лечащего врача;
 - С указанием диагноза, периодом лечения и листом назначения;
 - Наличие трех печатей (врача, для справок, медучреждения)
- 3** **Свидетельство о заключении брака. Если случай произошел с супругом/ой**
- 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