**АО «КСЖ «Nomad Life»**

**Заявление о страховой выплате**

*(по добровольным видам страхования)*

**От Выгодоприобретателя (получатель выплаты)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*( Ф.И.О.)*

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

Документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_г.

Адрес проживания Выгодоприобретателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Моб. тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **Номер договора страхования** |  |
| **2** | **Ф.И.О. и ИИН Пострадавшего Застрахованного или Пострадавшего Дополнительного Застрахованного** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **ИИН** |
| **3** | **Дата наступления страхового события** | « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_г. |
| **4** | **Тип случая (отметить галочкой):** | Телесная травма \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (укажите диагноз) |
| Критическое заболевание \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (укажите диагноз) |
| Инвалидность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (укажите группу инвалидности и диагноз) |
| Смерть \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (укажите причину смерти) |
| Иное \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **5** | **Страховую выплату прошу произвести на следующие реквизиты:**   * **Наименование Банка** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * **Двадцатизначный номер банковского счета**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * **Ф.И.О. владельца счета** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * **ИИН владельца счета** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   *Внимание: банковский счет, должен быть* ***не предназначенный*** *для получения выплат из Гос.бюджета* | |

*Подписав данное Заявление, Заявитель подтверждает, что уведомлен о последствиях предоставления ложных сведений в АО «КСЖ «Nomad Life» согласно требованиям законодательства Республики Казахстан.*

*Предоставляю свое согласие:*

*1. АО «КСЖ «Nomad Life» и его аффилированным лицам на сбор, обработку моих персональных данных, в том числе необходимых для получения страховых услуг/страховых выплат в электронной форме и передачу этих данных в организацию по формированию и ведению единой страховой базы данных (АО «Государственное кредитное бюро»), в том числе относимых к моим персональным данным, включая, но не ограничиваясь: ФИО, ИИН, гражданство, пол, дата и место рождения, вид, номер, орган выдачи документа, удостоверяющего личность, сведений о состоянии здоровья и акта гражданского состояния, информацию по страховым выплатам, и др, а также на получение от АО «Государственное кредитное бюро» сведений обо мне, в том числе относимых к моим персональным данным, полученных из государственных баз данных от операторов/владельцев государственных баз данных;*

1. *АО «Государственное кредитное бюро», являющемуся организацией по формированию и ведению единой страховой базы данных на запрос и получение от государственных баз данных от операторов и/или владельцев государственных баз данных сведений обо мне, в том числе относимых к моим персональным данным, включая, но не ограничиваясь: ФИО, ИИН, гражданство, пол, дата и место рождения, вид, номер, орган выдачи документа, удостоверяющего личность, сведений о состоянии здоровья и акта гражданского состояния, информацию по назначению пособий и страховых выплатах, и др., а также предоставлять и получать имеющуюся и поступающую в будущем обо мне информацию.*

*Прошу высылать информацию/уведомления в виде СМС– сообщений на мобильный телефонный номер* ***8(\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**Заявитель** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

*(Фамилия И.О.) (Подпись)*

**«Nomad Life» ӨСК» АҚ**

**Сақтандыру төлемі туралы өтініш**

*(сақтандырудың ерікті түрлері бойынша)*

**Пайда алушыдан (төлемді алушы)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Аты-жөні.)*

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

Пайда алушының жеке басын куәландыратын құжат №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ж.

Пайда алушының тұратын мекенжайы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Ұялы тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **Сақтандыру шартының нөмірі** |  |
| **2** | **Зардап шеккен Сақтандырылушының немесе Зардап шеккен Қосымша Сақтандырылушының Т.А.Ә. және ЖСН** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **ЖСН** |
| **3** | **Сақтандыру оқиғасының басталу күні** | « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ж. |
| **4** | **Жағдайдың түрі (белгі қойыңыз):** | Дене жарақаты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (диагнозды көрсетіңіз) |
| Қауіпті ауру \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (диагнозды көрсетіңіз) |
| Мүгедектік \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (мүгедектік тобын және диагнозды көрсетіңіз) |
| Қайтыс болу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (қайтыс болу себебін көрсетіңіз) |
| Өзге \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **5** | **Сақтандыру төлемін келесі деректемелерге жүргізуіңізді сұраймын:**   * **Банктің атауы** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * **Жиырма таңбалы банктік шоттың нөмірі**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * **Шот иеленушісінің Т.А.Ә.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * **Шот иеленушісінің ЖСН** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   *Назар аударыңыз: банктік шот Мемлекеттік бюджеттен төлемдерді алу үшін* ***арналмаған*** *болуы тиіс* | |

*Осы Өтінішке қол қоя отырып, Өтініш беруші Қазақстан Республикасының заңнама талаптарына сәйкес «Nomad Life» ӨСК» АҚ-ға жалған мәліметтерді беру салдары туралы хабарландырылғанын растайды.*

*Өз келісімімді беремін:*

*1. Менің дербес деректерімді, оның ішінде электронды нысанда сақтандыру қызметтерін/сақтандыру төлемдерін алу үшін қажетті деректерді жинауға, өңдеуге және осы деректерді бірыңғай сақтандыру деректер қорын қалыптастыру және жүргізу бойынша ұйымға («Мемлекеттік кредиттік бюро» АҚ) беруге, сондай-ақ менің жеке деректеріме жататын мәліметтерді қоса алғанда, бірақ шектелмей: Аты,тегі, жөні, ЖСН, азаматтығы, жынысы, туылған жері және күні, жеке басын куәландыратын құжаттың түрі, нөмірі, берген орган, денсаулық жағдайы және азаматтық хал актісі туралы ақпарат, сақтандыру төлемдері бойынша ақпарат және т.б., сонымен қатар оның ішінде мемлекеттік деректер базасының операторларынан/иеленушілерінен мемлекеттік деректер базасынан алынған менің дербес деректеріме жататын мәліметтерді қосқанда, «Мемлекеттік кредиттік бюро» АҚ-дан мен туралы мәліметтерді алуға «Nomad Life» ӨСК» АҚ-ға және оның үлестес тұлғаларына;*

1. *Бірыңғай сақтандыру деректер қорын қалыптастыру және жүргізу бойынша ұйым болып табылатын «Мемлекеттік кредиттік бюро» АҚ-ға мен туралы мәліметтерді, оның ішінде менің жеке деректеріме жататын мәліметтерді қоса алғанда, бірақ шектелмей: Аты,тегі, жөні, ЖСН, азаматтығы, жынысы, туылған жері және күні, жеке басын куәландыратын құжаттың түрі, нөмірі, берген орган, денсаулық жағдайы және азаматтық хал актісі туралы ақпарат, жәрдемақыларды және сақтандыру төлемдерін тағайындау бойынша ақпаратты және т.б. мемлекеттік деректер базасының операторларынан/иеленушілерінен мемлекеттік деректер базасынан сұратуға және алуға, сонымен қатар болашақта мен туралы бар және түскен ақпаратты беруге және алуға.*

*Ақпаратты/хабарландыруды* ***8(\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** *ұялы телефон нөміріне СМС-хабарлама түрінде жіберуіңізді сұраймын.*

**Өтініш беруші**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ж.

*(Тегі А.Ә.) (Қолы)*