

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НАСТУПЛЕНИЯ СТРАХОВОГО СОБЫТИЯ

(Ф.И.О., № уд. личности, адрес, телефон) Заявителя:

Заверения и гарантии Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного, Заявителя).

Нижеуказанные мной события и факты являются достоверными, полными и объективными. Обязуюсь сообщить в Компанию обо всех имеющихся фактах, которые наиболее полно позволят расследовать обстоятельства наступления страхового события. Я понимаю, что любые искажения в предоставленной мной информации могут повлиять на решение вопроса о страховой выплате вплоть до применения Компанией права отказать в осуществлении страховой выплаты (в порядке ст. 839 ГК РК) в случае, если предоставленная мной информация окажется недостоверной или искаженной.

Я полностью ознакомлен и согласен с вышеуказанными заверениями и гарантиями
_____ (Ф.И.О.) _____ (подпись)

Учитывая собственное намерение помочь Компании провести объективное расследование обстоятельств наступления страхового события, я сообщаю о нижеследующем:

1. Страховое событие наступило (дома, на улице, на работе, в ином месте):

_____ (точный адрес, при
наличии возможности).

2. Очевидцами (свидетелями) наступления страхового события являются следующие лица:

- _____ (ф.и.о.)
- _____ (ф.и.о.)
- _____ (ф.и.о.)

3. Событие произошло в период времени с _____ часов _____ года, по _____ часов _____ года.

4. Сообщали ли о наступлении события в правоохранительные или какие-либо иные уполномоченные органы _____ (да, нет), если да, - то в какие именно (наименование учреждения, адрес, ответственное лицо и должность):

5. Состоял ли Застрахованный на учете в медицинских учреждениях _____ (да, нет), если да, - то в каких именно и с какого периода:

6. В какие медицинские учреждения обращался Застрахованный после наступления страхового события и с какими жалобами:

7. Официальный диагноз Застрахованного, установленный медицинским учреждением в результате наступления страхового события:

8. Информация о всех заболеваниях Застрахованного до наступления страхового события: (диагноз, когда болел, где лечился, прошел ли весь курс лечения):

9. Место работы и должность Застрахованного:

10. Размер заработной платы Застрахованного в месяц (нетто, без учета налогов)

11. Страдал ли Застрахованный какими-либо профессиональными заболеваниями _____ (да, нет), если да, - то указать вид и дату заболевания:

12. Связано ли событие с трудовой деятельностью Застрахованного (наступило в момент исполнения трудовых обязанностей / по заданию работодателя):

13. Осуществляет (осуществлял) ли застрахованный какие-либо виды предпринимательской деятельности, если да, - то указать какие именно и с какого периода: _____

14. (в случае смерти застрахованного) указать семейный круг лиц застрахованного и/или лиц, находящихся у застрахованного на иждивении (ф.и.о. и степень родства):

15. (в случае смерти застрахованного) проводилось ли вскрытие (судебно-медицинская экспертиза трупа) _____ (да, нет) если нет, - то указать причину: _____, если да, - то указать кем и когда проводилась:

16. Дополнительно сообщаю об иных обстоятельствах страхового события, а именно:

17. Имеет/имел ли Застрахованный действующие договора страхования (полисы) на момент наступления страхового случая в других страховых компаниях:

Указанная мной информация является предельно достоверной и точной. О любой дополнительной информации или об изменении или неточности в предоставленной информации обязуюсь сообщить незамедлительно.

_____ (ф.и.о.)/ _____ Подпись/

Дата _____