



Көлік құралдары иелерінің азаматтық-құқықтық жауапкершілігін міндетті сақтандыру шарттарынан туындайтын келіспеушіліктерді реттеу бойынша

## Сақтандыру омбудсманына жүгіну туралы **ХАБАРЛАМА**

Осы үлгіні Сақтандыру ұйымын, яғни Сіздің шағымыңыздың жауапты тарапын хабарлау үшін қолданыңыз. Үлгіні толтыру барысында қиындықтар туындаған жағдайда, осы нөмір бойынша хабарласыңыз: **(727) 382-41-74**



Осы үлгіні біздің сайттан ([www.fomb.kz](http://www.fomb.kz)) жүктеп, толтырып және Қазақстан Республикасының Сақтандыру омбудсманына жүгінуге қатысты, сақтандыру ұйымына өткізу қажет.

### Хабарлама жіберілетін сақтандыру ұйымының атауы

--

### Өзіңіз туралы деректерді көрсетіңіз:

Арыз берушінің тегі, аты, әкесінің аты (жеке тұлғалар үшін)/ Арыз берушінің атауы (заңды тұлғалар үшін)\*

ЖСН (жеке тұлғалар үшін); БСК (заңды тұлғалар үшін)

Арыз берушінің өкілі

Хат жіберуге болатын мекенжай (тұрғылықты мекенжай)

	Арыз берушінің азаматтығы	
Облыс:		
Қала/ауыл:	Көшенің атауы:	
Үй №:	Пәтер/кеңсе:	
Тел.( Ұялы): (_____)	e-mail:	

### Хабарлама нысаны болып табылатын - Сақтандыру оқиғасы туралы деректерді көрсетіңіз:

ЖКО болған күн:

Сипаттама (көшелердің қиылысы, тәулік уақыты және т.б.):

Сіздің КҚ:

Сақтандыру полисі:

2-ші қатысушының Т.А.Ә.:

2-ші қатысушының КҚ:

	Қала:
маркасы:	тіркеу нөмірі:
Серия..... номер	Берілген күні ...../...../.....
маркасы:	Тіркеу нөмірі:

Оқиға бойынша кінәлі тарап:

(Т.А.Ә. немесе мекеменің атауы)

Сақтандыру ұйымында кімнің азаматтық-құқықтық жауапкершілігі сақтандырылған:

(атауын көрсетіңіз)

\* егер арыз, пайда алушының өкілімен берілген болса: қосымша өкілдің ТАӘ (атауы), байланыс телефоны және арыз беру қандай құжаттың негізінде іске асырылатынын көрсетіңіз

## Өтініш беруіңіздің мазмұнын көрсетіңіз («өз сөзіңізбен» жазыңыз)

▪ Жоғарыда көрсетілген сақтандыру ұйымына қатысты, Сіздің талабыңыз және өтінішіңіз?

Сіздің өтінішіңізді толығырақ түсінуге көмек беретін, **қосымша ақпаратты көрсетіңіз:**

**Толтырылған арызбен танысып, қол қойыңыз:**

“ Осы хабарлама, жоғарыда аталған сақтандыру жағдайы бойынша қарым-қатынастарды реттеу мақсатында Қазақстан Республикасының Сақтандыру омбудсманына жүгінетіндігін куәландырады.

Жоғарыда көрсетілген ақпараттың шыншылдығын және дұрыстығын растаймын. ”

Сақтандыру омбудсманына жүгіну, сотқа жүгінудің баламалы мүмкіндігі екенін түсінемін.

Егер хабарлама заңды тұлғамен толтырылған болса, заңды тұлғаның бірінші басшысының немесе уәкілетті тұлғаның қолы қойылуы тиіс, сонымен қатар заңды тұлғаның мөрі қойылады.

---

Т.А.Ә. қолы күні

**Егер сақтандыру ұйымы 3 жұмыс күні ішінді Сіздің талаптарыңызды ерікті түрде орындауға ниет білдірмеген болса, Сіз Сақтандыру омбудсманына қажетті Арызды өткізуге құқыңыз бар.**

**Төмендегі ақпараттың көрсетілгендігіне көз жеткізіңіз ...**

- ✓ көрсетілген деректердің дұрыстығына
- ✓ арызды қарастыруға қажетті толық ақпараттың жеткізілдігіне

**Назар аударыңыз!**

Осы хабарлама сақтандыру ұйымына екі данада өткізіледі, олардың біреуі, сақтандырушының хабарламаны қабылдаған туралы белгісі бар данасы, қарым-қатынастарды реттеу арызымен қоса өткізіледі.