



## Заявление о досудебном урегулировании спора со страховой организацией

Используйте, пожалуйста, данную форму для сообщения нам о сути обращения. Если Вы в чем-то не уверены или возникли сложности с заполнением данной формы – позвоните по тел.: **+7 (727) 382-41-74**



Вы можете скачать данную форму на нашем сайте ([www.fomb.kz](http://www.fomb.kz)), заполнить и выслать форму по почтовому адресу: 050042, г. Алматы, ул. Рыскулбекова, 28, ЖК «Бай Тал», Блок 7, 2 этаж. Страховой омбудсман Республики Казахстан

### Сведения о необходимости предоставления документа для обращения с иском в суд:

Вид страхового спора (для соблюдения досудебного порядка или для разрешения спора)	Отметьте, какой у Вас вид спора
Настоящее заявление подано для соблюдения досудебного порядка – с целью дальнейшего подачи иска в суд. Прошу выдать документ об обращении к страховому омбудсману для подачи иска в суд	
Настоящее заявление подано для рассмотрения спора Страховым омбудсманом с соблюдением полной процедуры урегулирования спора в пределах 2-х месячного срока.	

### Для начала сообщите нам Ваши данные

Фамилия, имя, отчество  
Заявителя (для физ.  
лица)/ Наименование  
Заявителя (для юр.лица)\*  
ИИН (для физ.лица);  
БИН (для юр.лица)  
Представитель  
Заявителя

	Гражданство Заявителя	
Область:		
Город/поселок:	Улица:	
№ дома:	кв./офис:	
Тел. (Моб.): (_____)	e-mail:	

Адрес, по которому мы  
можем направить Вам  
письмо

### Сведения о Вашем споре:

Класс страхования (ОГПО, каско и т.п.)	Категория Заявителя (физическое или юридическое лицо)	Вид спора (в связи с отказом в выплате, не согласием с суммой ущерба или иной спор)	Область Казахстана, в которой произошел страховой случай, или указание «за рубежом»

### Наименование страховой организации, в отношении которой подается заявление

--

### Пожалуйста, сообщите нам суть Вашей претензии (опишите «своими» словами)

--

- Дата извещения страховой организации о намерении обращения к Страховому омбудсману

день            месяц            год

--	--	--

- Имеется ли у Вас Отчет независимого оценщика или Заключение специалиста, подтверждающего Ваши доводы? Если да, то просим указать наименование Отчета (Заключения) и сумму ущерба по Отчету (Заключению).

- Каковы Ваше требования или пожелания относительно вышеназванного страховщика?

Подпись \_\_\_\_\_

**Сообщите, пожалуйста, нам дополнительную информацию, которая поможет нам лучше понять суть Вашего обращения:**

**В заключении, ознакомьтесь и подпишите данное заявление:**

“ Настоящим я выражаю желание о передаче Страховому омбудсману права урегулирования моей жалобы. Я подтверждаю, что указанная выше информация правдива и верна (на сколько я знаю). Я даю согласие на:

- Сбор и обработку предоставленных мной персональных данных в соответствии со статьей 8 Закона Республики Казахстан «О персональных данных и их защите».
- Раскрытие сведений, содержащих тайну страхования третьим лицам в ходе рассмотрения моего заявления согласно пункту 4 статьи 830 Гражданского кодекса Республики Казахстан.
- Обнародование примеров нарушений, основанных на реальных событиях, связанных с рассмотрением моего заявления.

”

---

(Ф.И.О.) подпись                      дата

**Настоящее заявление может быть подано Страховому омбудсману только по истечении 3-х рабочих дней после Извещения страховой организации, в отношении которой подается заявление, о намерении обращения к нам.**

**Удостоверьтесь, что ...**

- ✓ сообщена вся необходимая для рассмотрения заявления информация
- ✓ приложены копии ответов от страховой организации
- ✓ приложена копия Извещения страховщика о намерении обращения к нам

**Теперь отправьте данное заявление по адресу ...**

Офис Страхового омбудсмана  
050042, г. Алматы, ул. Рыскулбекова, 28  
ЖК «Бай Тал», Блок 7, 2 этаж

**тел** +7 (727) 382 41 74  
для безопасности и учебных целей,  
звонки могут регистрироваться и  
записываться

**email:** [info@fomb.kz](mailto:info@fomb.kz)  
**website:** [www.fomb.kz](http://www.fomb.kz)

© Страховой омбудсман Республики Казахстан, 2007-2024