

Іске қатысты ақпаратты бізге хабарлау үшін, осы үлгіні 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 пошталық мекенжай бойынша жіберіңіз: А15Ү6Ү2, Алматы қ., Рысқұлбеков к-сі, 28, «Бай Тал» тұрғын үй кешені, 7 Блок, 2 қабат. Қазақстан Республикасының Сақтандыру омбудсманы

**Алдымен 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:	

**Сіздің дауыңыз туралы мәліметтер:**

Сақтандыру классы (МАҚС, каско және т. б.)	Өтініш берушінің санаты (жеке немесе заңды тұлға)	Даудың түрі (төлеуден бас тартуға, залал сомасымен келіспеуге немесе өзге дауға байланысты)	Сақтандыру жағдайы орын алған Қазақстан Облысы немесе "шетелде" нұсқауы

**Арыз беруге қатысты сақтандыру ұйымының атауы**

--

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

--

Сақтандыру омбудсманына жүгіну туралы хабарламаны сақтандыру ұйымына өткізген күн?

күні	айы	жылы

- Шағым сізде тәуелсіз бағалаушының есебі немесе сіздің дәлелдеріңізді растайтын Сарапшының Қорытындысы бар ма? Егер бар болса, онда есептің (Қорытындының) атауын және есеп (қорытынды) бойынша залал сомасын көрсетуді сұраймыз.

--

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

Қолы \_\_\_\_\_

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

**Толтырылған арызбен танысып, қол қойыңыз:**

“

Менің осы арызым бойынша қарым-қатынастарды реттеу құқығын Сақтандыру омбудсманына тапсырамын. Жоғарыда көрсетілген ақпараттың шыншылдығын және дұрыстығын растаймын (менің білуімше).

Мен өз келісімді:

- Қазақстан Республикасының «Дербес деректер және оларды қорғау туралы» Заңының 8 бабына сәйкес, мен тапсырған дербес деректерді жинауға, өңдеуге.
- «Қазақстан Республикасының азаматтық кодексінің» 830 бабының 4-1 тармағына сәйкес, менің арызымды қарастыру барысында, сақтандыру құпиясын үшінші тұлғаға жариялауға.
- Менің арызымды қарастыруға байланысты, нақты оқиғалар негізінде туындаған мысалдарды жариялауға келісім беремін.
- Сіздің осы арызды қарастыруыңыз, сотқа жүгінудің баламалы мүмкіндігі.

”

Т.А.Ө.

қолы

күні

**Сақтандыру омбудсманына арызды сақтандыру ұйымын хабарлаған сәттен тек 3 жұмыс күні өткеннен кейін тапсыра аласыз.**

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

- ✓ арызды қарастыруға қажетті толық ақпараттың жеткізілдігіне
- ✓ сақтандыру ұйымының берген жауабының көшірмелерінің ұсынылғанына
- ✓ сақтандыру омбудсманына жүгіну туралы хабарламаның ұсынылғанына

**тел** +7 (727) 382 41 74  
*қауіпсіздік пен оқу мақсатында,  
қоңыраулар тіркелуі және жазылуы мүмкін*

**Арызды төменде көрсетілген мекенжай бойынша жіберіңіз ...**

Сақтандыру омбудсманының кеңсесі  
А15Y6Y2, Алматы қ., Рысқұлбеков к-сі, 28,  
«Бай Тал» тұрғын үй кешені, 7 Блок, 2 қабат

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

© Қазақстан Республикасының Сақтандыру омбудсманы, 2019