

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), заполнить и выслать форму по почтовому адресу: 050042, г. Алматы, ул. Рыскулбекова, 28, ЖК «Бай Тал», Блок 7, 2 этаж. Страховой омбудсман Республики Казахстан

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

Адрес, по которому мы
можем направить Вам
письмо

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

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)

- день месяц год
- Дата извещения страховой организации о намерении обращения к Страховому омбудсману
 - 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
website: www.fomb.kz

© Страховой омбудсман Республики Казахстан, 2007-2024