

**Өмірді ерікті мерзімді сақтандыруға өтініш (LifeEasy) /
Заявление на добровольное срочное страхование жизни (LifeEasy)**

Тіркеу нөмірі / Регистрационный номер № _____ от «___» _____ / _____ 202_ жыл/года. (Сақтандырушы толтырады/
заполняется Страховщиком)

<p>НАЗАР АУДАРЫҢЫЗ!!! Сақтандыруға қабылданбайды және сақтандыру шарты мыналарға қатысты жасалмайды: 1) кез келген топтағы мүгедектігі бар адамдар; 2) психикалық, онкологиялық (субкомпенсация немесе декомпенсация сатысында), ауыр неврологиялық аурулардан, ауыр созылмалы жүрек-қан тамырлары ауруларынан зардап шегетін, АИТВ-инфекциясын тасымалдаушы болып табылатын ЖИТС-пен ауыратын адамдармен; Осы тармақта көрсетілген адамдарға қатысты сақтандыру шартын жасасу сақтандырушының осындай тұлғаға қатысты сақтандыру жағдайы басталған кезде сақтандыру қорғанысын беру және сақтандыру төлемін жүзеге асыру бөлігіндегі міндеттемелеріне әкеп соқпайды және сақтандырушының сақтандыру төлемін жүзеге асырудан бас тартуы үшін негіз болып табылады. Осы тармақта көрсетілген тұлға сақтандырылушы болып табылатын сақтандыру шарты осындай шарт жасалған сәттен бастап жарамсыз болып табылады, ал төленген сақтандыру сыйлықақылары сақтанушыға қайтарылуда жатады.</p>	<p>ВНИМАНИЕ!!! На страхование не принимаются и договор страхования не заключается в отношении: 1) лиц с инвалидностью любой группы; 2) лиц, страдающих психическими, онкологическими (в стадии субкомпенсации или декомпенсации), тяжелыми неврологическими заболеваниями, тяжелыми хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями, больных СПИДом, являющихся носителями ВИЧ-инфекции; Заключение Договора страхования в отношении указанного в настоящем пункте лица не влечет за собой обязательств Страховщика в части предоставления страховой защиты и осуществления страховой выплаты при наступлении страхового случая в отношении такого лица и является основанием для отказа Страховщиком в осуществлении страховой выплаты. Договор страхования, по которому Застрахованным является лицо, указанное в данном пункте, является недействительным с момента заключения такого договора, а уплаченные страховые премии подлежат возврату Страхователю.</p>
--	---

1. Сақтанушы туралы ақпарат / Информация о Страхователе

Т.А.Ә./Ф.И.О.: _____

Туған күні / Дата рождения: «___» _____ ж.г.

Жынысы/Пол: ер / мужской әйел/женский

Сақтанушының (сақтандырылушының) жеке басын куәландыратын деректер / Данные, удостоверяющие личность Страхователя, _____ ЖСН/ИИН _____, Экономика секторының коды / Код сектора экономики - 9

Резиденттік белгісі/ Признак резидентства: ҚР Резиденті / Резидент РК ҚР Резиденті емес / Нерезидент РК, резиденттік елі / страна резидентства _____

М е к е н ж а й ы / М е с т о ж и т е л ь с т в о : _____

Телефон нөмірі / Номер телефона: +7 _____ е-mail: _____

Сіз «NOMAD Life» ӨСК» АҚ-дан ақпаратты қалай алғыңыз келеді / Каким образом вы желаете получать информацию от АО «КСЖ «Nomad Life»: СМС E-mail

2. Сақтандырылушы туралы ақпарат / Информация о Застрахованном

Сақтанушы Сақтандырылушы болып табылады / Застрахованным является Страхователь

3. Пайда алушы туралы ақпарат / Информация о Выгодоприобретателе

3.1. Қайтыс болу жағдайына: Сақтандырылушының мұрагерлері / На случай смерти: наследники Застрахованного.

3.2. Барлық басқа жағдайларда Сақтандырылушы Пайда алушы болып табылады / Во всех иных случаях Выгодоприобретателем является Застрахованный.

4. Сақтандыру сыйлықақысының мөлшері, төлеу тәртібі және сақтандыру шартының қолданылу мерзімі / Размер, порядок оплаты страховой премии и срок действия договора страхования

Сақтандыру сыйлықақысының мөлшері / Размер страховой премии	_____ (_____) тенге / тенге
Сақтандыру сыйлықақысын төлеу тәртібі / Порядок оплаты страховой премии	Сақтандыру шартын жасасу кезінде біржолғы төлеммен / Единовременно при заключении договора страхования
Сақтандыру полисінің қолданылу мерзімі/сақтандыру қорғанысының қолданылу мерзімі:/ Срок действия страхового полиса/срок действия страховой защиты:	_____ күн/ _____ дней

5. Сұралған сақтандыру қорғанысының сипаттамасы / Описание запрашиваемой страховой защиты

Сақтандыру төлемі /Страховое покрытие	Сақтандыру сомаларының мөлшері / Размер страховой суммы	Сақтандыру төлемдерінің мөлшері / Размеры страховых выплат		
5.1. Өмірді ерікті мерзімді сақтандыру ережелерінде (әмбебап) (бұдан әрі - Сақтандыру ережелері) көзделген жағдайларды қоспағанда, Сақтандырылушының сақтандыру қорғанысы қолданылу кезеңінде болған кез келген себеппен қайтыс болуы / Смерть Застрахованного по любой причине, произошедшая в период действия страховой защиты, за исключением случаев, предусмотренных Правилами добровольного срочного страхования жизни (LifeEasy) (далее- Правила страхования)	_____ (_____) тенге / тенге	Сақтандыру сомасының 100% / 100% от страховой суммы		
5.2. Жазатайым оқиға салдарынан I, II немесе III топтағы мүгедектікті белгілеу / Установление инвалидности I, II или III группы в результате несчастного случая		I топтағы мүгедектік / Инвалидность I группы	II топтағы мүгедектік / Инвалидность II группы	III топтағы мүгедектік / Инвалидность III группы
		Сақтандыру сомасының 80%/80% страховой суммы	Сақтандыру сомасының 60%/60% страховой суммы	Сақтандыру сомасының 40%/40% страховой суммы

<p>5.3. Жазатайым оқиға салдарынан ауруханаға жатқызу / Госпитализация, наступившая в результате несчастного случая</p>	<p>Осы қамту бойынша сақтандыру сомасының мөлшері осы құжаттың 5.1 және / немесе 5.2 - тармақтарында көрсетілген сақтандыру сомасына сәйкес келеді, бірақ 2 000 000 (екі миллион) теңгеден аспайды / Размер страховой суммы по настоящему покрытию соответствует страховой сумме, указанной в пунктах 5.1. и/или 5.2. настоящего документа, но не превышает 2 000 000 (два миллиона) тенге</p>	<p>Сақтандыру қорғанысы қолданылу кезеңінде болған жазатайым оқиға салдарынан пайда болған емдеуге жатқызу-сақтандырылушыны емдеуге жатқызудың жетінші күнінен бастап емдеуге жатқызудың әрбір күнтізбелік күні үшін осы қамту бойынша белгіленген сақтандыру сомасының 0,2% - ы. Бір жазатайым оқиғаның туындауы салдарынан емдеуге жатқызу бойынша сақтандыру төлемінің ең көп күндерінің саны күнтізбелік 30 (отыз) күнді құрайды. / Госпитализация, наступившая в результате несчастного случая, произошедшего в период действия страховой защиты - 0,2% от страховой суммы, установленной по данному покрытию за каждый календарный день госпитализации, начиная с седьмого дня госпитализации Застрахованного. Максимальное количество дней страховой выплаты по госпитализации в результате наступления одного несчастного случая составляет 30 (тридцать) календарных дней</p>
---	--	--

6. Сақтанушыға (Сақтандырылушыға) арналған бланк-сауалнама / Бланк-опросник для Страхователя (Застрахованного)

Төменде ұсынылған сұрақтарға жауаптарыңыз сақтандыру тәуекелін бағалаудың негізгі критерийі болып табылады, сондықтан оларға сенімді жауаптар беруіңізді сұраймыз. Келесі сұрақтарға жауаптарды белгілеңіз. Әр сұраққа бір ғана жауап таңдау керек. Сауалнама бланкісін Сақтанушы толтырады (сұрақтарға жауап береді): / Ваши ответы на предлагаемые ниже вопросы являются основным критерием для оценки страхового риска, поэтому просим Вас предоставить на них достоверные ответы. Ответы на следующие вопросы, пожалуйста, отметьте галочкой. Обязательно должен быть выбран только один вариант ответа на каждый вопрос. Бланк-опросник заполняет (отвечает на вопросы) Застрахованный:

1. Сізге мүгедектік бар ма, әлде бұрын болған ба (керегінің астын сызу керек)? / Имеется ли у Вас инвалидность либо имелась ранее (укажите группу инвалидности)?	<input type="checkbox"/> жоқ/ нет	<input type="checkbox"/> иә/ да
2. Сізге психиатриялық аурулар бар ма/ бұрын болған ба (қажет нәрсені атап өту керек) (невроз, шизофрения, маниа, галлюцинация, сандырақ күйлер және т. б.)? / Имеются ли у Вас какие-либо психиатрические заболевания/ имелись ранее (нужное подчеркнуть) (невроз, шизофрения, маниа, галлюцинации, бредовые состояния и пр.)?	<input type="checkbox"/> жоқ/ нет	<input type="checkbox"/> иә/ да
3. Сізге жүйке жүйесінің аурулары және/немесе қанайналым жүйесінің аурулары бар ма/ бұрын болған (қажеттісін атап өту керек) (эпилепсия, гидроцефалия, интракраниальды гипертензия, цереброваскулярлық бұзылулар, артериялық гипертензия және т. б.)? / Имеются ли у Вас заболевания нервной системы и/или заболевания системы кровообращения/ имелись ранее (нужное подчеркнуть) (эпилепсия, гидроцефалия, внутричерепная гипертензия, расстройства мозгового кровообращения, артериальная гипертензия и пр.)?	<input type="checkbox"/> жоқ/ нет	<input type="checkbox"/> иә/ да
4. Қан аурулары бар ма/ бұрын болған ба (керегін атап өту керек) (гемофилия, кез-келген түрдегі анемия және т. б.)? / Имеются ли заболевания крови/ имелись ранее (нужное подчеркнуть) (гемофилия, анемия любого вида и пр.)?	<input type="checkbox"/> жоқ/ нет	<input type="checkbox"/> иә/ да
5. Тыныс алу органдарының аурулары бар ма/ бұрын болған (қажеттісін атап өту керек) (астма, бронхит, плеврит, пневмония, туберкулез және т. б.)? / Имеются ли заболевания органов дыхания/ имелись ранее (нужное подчеркнуть) (астма, бронхиты, плевриты, пневмонии, туберкулез и пр.)?	<input type="checkbox"/> жоқ/ нет	<input type="checkbox"/> иә/ да
6. Сізге жүрек-қан тамыр жүйесінің ауруы бар ма/ бұрын болған (қажеттісін атап өту керек) (жүрек аневризмасы, артериялық гипертензия, гипотония, миокард инфарктісі, стенокардия, миокардит және т. б.)? / Имеется ли у Вас заболевание сердечно-сосудистой системы/ имелись ранее (нужное подчеркнуть) (аневризма сердца, артериальная гипертензия, гипотония, инфаркт миокарда, стенокардия, миокардит и пр.)?	<input type="checkbox"/> жоқ/ нет	<input type="checkbox"/> иә/ да
7. Сізге ас қорыту органдарының аурулары бар ма/ бұрын болған ба (керегін атап өту керек) (Крон ауруы, гастрит, өт жолдарының дискинезиясы, өт тас ауруы, панкреатит, асқазан мен 12 елі ішектің ойық жарасы және т. б.)? / Имеется ли у Вас заболевания органов пищеварения/ имелись ранее (нужное подчеркнуть) (болезнь Крона, гастрит, дискинезия желчных путей, желчнокаменная болезнь, панкреатит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки и пр.)?	<input type="checkbox"/> жоқ/ нет	<input type="checkbox"/> иә/ да
8. Сізге эндокриндік жүйенің аурулары бар ма/ бұрын болған (қажеттісін атап өту керек) (гипо немесе гипертиреоз, қант диабеті, Кушинг синдромы және т. б.)? / Имеется ли у Вас заболевания эндокринной системы/ имелись ранее (нужное подчеркнуть) (гипо или гипертиреоз, сахарный диабет, синдром Кушинга и пр.)?	<input type="checkbox"/> жоқ/ нет	<input type="checkbox"/> иә/ да
9. Сізге бауыр аурулары бар ма/ бұрын болған ба (қажеттісін атап өту керек) (гепатит, бауыр циррозы және т. б.)? / Имеются ли у Вас заболевания печени/ имелись ранее (нужное подчеркнуть) (гепатиты, цирроз печени и пр.)?	<input type="checkbox"/> жоқ/ нет	<input type="checkbox"/> иә/ да
10. Сізге ЖИТС немесе АИТВ инфекциясы бар ма? / Имеется ли у Вас СПИД или ВИЧ инфекция?	<input type="checkbox"/> жоқ/ нет	<input type="checkbox"/> иә/ да
11. Сізге зәр шығару жүйесінің аурулары бар ма/ бұрын болған (қажеттісін атап өту керек) (гломерулонефрит, нефролитиаз, цистит, пиелонефрит және т. б.)? / Отмечается ли у Вас заболевания органов мочевыделительной системы/ имелись ранее (нужное подчеркнуть) (гломерулонефрит, нефролитиаз, цистит, пиелонефрит и пр.)?	<input type="checkbox"/> жоқ/ нет	<input type="checkbox"/> иә/ да
12. Сізге көру органдарының аурулары бар ма/ бұрын болған ба (қажеттісін атап өту керек) (глаукома, катаракта, торлы қабықтың бөлінуі, загіптық, миопия немесе гиперопия және т. б.)? / Имеются ли у Вас заболевания органов зрения/ имелись ранее (нужное подчеркнуть) (глаукома, катаракта, отслойка сетчатки, слепота, близорукость или дальнозоркость высокой степени и пр.)?	<input type="checkbox"/> жоқ/ нет	<input type="checkbox"/> иә/ да
13. Сізге лор органдарының аурулары бар ма/ бұрын болған ба (қажеттісін атап өту керек) (хр тонзиллит, отит, параназальды синус полиптері, есту қабілетінің жоғалуды, синусит және т. б.)? / Имеются ли у Вас заболевания лор-органов/ имелись ранее (нужное подчеркнуть) (хр тонзиллит, отит, полипы придаточных пазух носа, потеря слуха, синуситы и пр.)?	<input type="checkbox"/> жоқ/ нет	<input type="checkbox"/> иә/ да
14. Тірек-қимыл аппараты функциясының бұзылуы бұрын болған ба (қажеттісін атап өту керек) (остеомиелит, остеохондроз, артрит, артроз, бурсит, грыжа және кисталар және т. б.)? / Отмечается ли нарушение функции опорно-двигательного аппарата/ имелось ранее (нужное подчеркнуть) (остеомиелит, остеохондроз, артриты, артрозы, бурситы, грыжи и кисты и пр.)?	<input type="checkbox"/> жоқ/ нет	<input type="checkbox"/> иә/ да
15. Сізге тері ауруы бар ма/ бұрын болған ба (керегін атап өту керек) (дерматит, нейродермит, псориаз және т. б.)? / Имеется ли у Вас заболевание кожи/ имелись ранее (нужное подчеркнуть) (дерматит, нейродермит, псориаз и пр.)?	<input type="checkbox"/> жоқ/ нет	<input type="checkbox"/> иә/ да
16. Қандай да бір зақымданулар, жаракаттар/ бұрын болған (қажеттісін атап өту керек) (иш/кеуде қабырғасының зақымдануы, омыртқа жарақаттары, күйіктер, ампутациялар және т. б.)? / Отмечались ли какие-либо повреждения, травмы/ имелись ранее (нужное подчеркнуть) (повреждения брюшной/грудной стенки, травмы позвоночника, ожоги, ампутации и пр.)?	<input type="checkbox"/> жоқ/ нет	<input type="checkbox"/> иә/ да
17. Сізге туа біткен аурулар бар ма (Фалло аномалиялары, жалғыз бүйрек және т. б.)? / Имеются ли у Вас какие-либо врожденные заболевания (аномалии Фалло, единственная почка и пр.)?	<input type="checkbox"/> жоқ/ нет	<input type="checkbox"/> иә/ да
18. Сіз дәнекер тінінің диффузды ауруларымен ауырасыз ба/ бұрын зардап шекті ме (қажеттісін атап өту керек) (ревматоидты артрит, склеродерма, ревматизм, дерматомиозит, жүйелі қызыл жегі және т. б.)? / Страдаете ли Вы диффузными заболеваниями соединительной ткани/ страдали ранее (нужное подчеркнуть) (ревматоидный артрит, склеродермия, ревматизм, дерматомиозит, системная красная волчанка и пр.)?	<input type="checkbox"/> жоқ/ нет	<input type="checkbox"/> иә/ да
19. Сізге онкологиялық ауру бар ма/ бұрын болған ба (керегін атап өту керек)? / Имеется ли у Вас онкологическое заболевание/ имелось ранее (укажите какое именно)?	<input type="checkbox"/> жоқ/ нет	<input type="checkbox"/> иә/ да
20. Сіз жыныстық жолмен берілетін аурулармен (мерез, гонорея және т. б.) ауырдыңыз ба? / Болели ли Вы заболеваниями, передающимися половым путем (сифилисом, гонореей и пр.)?	<input type="checkbox"/> жоқ/ нет	<input type="checkbox"/> иә/ да
21. Сізге жұқпалы ауру бар ма/ бұрын болған (керегін атап өту керек) (бруцеллез, қызылша, сібір жарасы, скарлатина, covid-19 және т. б.)? / Имеется ли у Вас инфекционное заболевание/ имелось ранее (нужное подчеркнуть) (бруцеллез, роза, сибирская язва, скарлатина, covid-19 и пр.)?	<input type="checkbox"/> жоқ/ нет	<input type="checkbox"/> иә/ да
22. Сізге хирургиялық араласу керек пе/немесе соңғы 6 айда жасалды ма (қажетін баса көрсетіңіз)? / Предстоит ли Вам хирургическая операция/либо была проведена в течение последних 6 месяцев (укажите какая именно)?	<input type="checkbox"/> жоқ/ нет	<input type="checkbox"/> иә/ да
23. Сіз жүктісіз бе? (әйелдер үшін) / Беременны ли Вы? (для женщин)	<input type="checkbox"/> жоқ/ нет	<input type="checkbox"/> иә/ да
24. Жоғарыда көрсетілмеген / бұрын болған аурулар, жаракаттар бар ма (қажеттісін атап өту керек)? / Имеются ли заболевания, травмы, не указанные выше/ имелись ранее (укажите какие именно)?	<input type="checkbox"/> жоқ/ нет	<input type="checkbox"/> иә/ да
25. Сіз қазір медициналық дәрі-дәрмектерді қабылдап жатырсыз ба? / Принимаете ли Вы медицинские препараты в настоящее время?	<input type="checkbox"/> жоқ/ нет	<input type="checkbox"/> иә/ да

<p>26. Сіз қауіпті спорт түрлерімен айналысасыз ба немесе айналысуды жоспарлап отырсыз ба? / Занимаетесь ли Вы или собираетесь заниматься опасными видами спорта? «Ия» болса көрсетіңіз / Если да, укажите: <input type="checkbox"/> аквалангпен сүңгу / ныряние с аквалангом <input type="checkbox"/> парашют спорты / парашютный спорт <input type="checkbox"/> автожарыс / автогонки <input type="checkbox"/> тау шаңғысы / горные лыжи <input type="checkbox"/> альпинизм / альпинизм <input type="checkbox"/> дельтапланеризм / дельтапланеризм <input type="checkbox"/> басқасы / другое (көрсетіңіз / укажите) _____</p>	<input type="checkbox"/> жоқ/нет	<input type="checkbox"/> иә/да
<p>27. Сіз жылына 30 күннен артық тұратын елден шықтыңыз ба? / Выезжали ли Вы из страны Вашего местопребывания более, чем на 30 дней в году?</p>	<input type="checkbox"/> жоқ/нет	<input type="checkbox"/> иә/да
<p>28. Сіз басқа сақтандыру компанияларына сақтандыру туралы өтініш бердіңіз бе? / Подавали ли Вы заявление на страхование в другие страховые компании?</p>	<input type="checkbox"/> жоқ/нет	<input type="checkbox"/> иә/да
<p>29. Сізде өмірді сақтандыру/лар бойынша сақтандыру бар ма? / Имеете ли вы какие – либо существующие/не страховое/ые покрытие/я по страхованию жизни? Бар болса, қандай сақтандыру сомасына екенін көрсетіңіз / Если да, укажите на какую страховую сумму _____ және қанша сақтандыру полисі бар / и сколько полисов страхования _____?</p>	<input type="checkbox"/> жоқ/нет	<input type="checkbox"/> иә/да
<p>30. Сіз темекі шегесіз бе, түрін (темекі, түтік, кальян, электронды темекі), тұтынылатын мөлшерін және темекі шегу тәжірибесін көрсетесіз бе? / Курите ли Вы, укажите вид (сигареты, трубка, кальян, электронные сигареты), потребляемое количество и стаж курения? «Ия» болса, санын көрсетіңіз / Если да, укажите количество <input type="checkbox"/> күніне 40 шылымға дейін / до 40 сигарет в день <input type="checkbox"/> 40 шылымнан көп / свыше 40 сигарет</p>	<input type="checkbox"/> жоқ/нет	<input type="checkbox"/> иә/да
<p>31. Сіз алкогольді ішесіз бе? / Употребляете ли Вы алкоголь? Олай болса, алкогольдің түрін, жиілігін және тұтыну мөлшерін көрсетіңіз: / Если да, укажите вид алкоголя, частоту и количество потребления: _____</p>	<input type="checkbox"/> жоқ/нет	<input type="checkbox"/> иә/да
<p>32. Сіз есірткіге тәуелділіктен зардап шекті ме, әлде зардап шегесіз бе (керегін атап өту керек)? / Страдали ли Вы или страдаете наркотической зависимостью (нужное подчеркнуть)? Олай болса, нақтылаңыз / Если да, конкретизируйте _____</p>	<input type="checkbox"/> жоқ/нет	<input type="checkbox"/> иә/да
<p>33. Соңғы 12 айда өмірді сақтандырудан қандай да бір себептермен бас тарттыңыз ба? / Отказывали ли Вам по каким-либо причинам в страховании жизни в течение последних 12 месяцев?</p>	<input type="checkbox"/> жоқ/нет	<input type="checkbox"/> иә/да
<p>34. Сіз кәсіби аурулардан зардап шегесіз бе? (қайсысын көрсетіңіз) / Страдаете ли Вы профессиональными заболеваниями? (укажите какими именно) _____</p>	<input type="checkbox"/> жоқ/нет	<input type="checkbox"/> иә/да
<p>35. Сіздің кәсібіңіз зиянды немесе қауіпті еңбек жағдайларына жатқызылуы мүмкін еңбек қызметімен байланысты ма? / Связана ли Ваша профессия с трудовой деятельностью, которую можно отнести к вредным или опасным условиям труда? Олай болса, көрсетіңіз / Если да, укажите <input type="checkbox"/> Металлургиялық / Металлургическая <input type="checkbox"/> Көмір шығару / Угледобывающая <input type="checkbox"/> Мұнайгаз / Нефтегазовая <input type="checkbox"/> Тәртіп сақтау органдарындағы қызмет / Служба в органах правопорядка <input type="checkbox"/> Ұшақтармен ұшу / Полёты на самолётах <input type="checkbox"/> Пиротехникамен байланысты / Связана с пиротехникой <input type="checkbox"/> Нысандарды күзету / Охрана объектов <input type="checkbox"/> басқасы (көрсетіңіз) / другое (укажите) _____</p>	<input type="checkbox"/> жоқ/нет	<input type="checkbox"/> иә/да
<p>36. Егер сіздің денсаулығыңыз, кәсіби тәуекелдеріңіз және бос уақытыңыз, қауіпті хоббиіңіз туралы жоғарыда көрсетілмеген толықтырулар немесе ақпарат болса, мұнда ерікті түрде көрсете аласыз: / Если есть дополнения или информация о состоянии Вашего здоровья, профессиональных рисках и свободного времени, опасных хобби, не отраженная выше, можете указать здесь в произвольном виде:</p>	<input type="checkbox"/> жоқ/нет	<input type="checkbox"/> иә/да

Назар аударыңыз: Сауалнама бланкісінің кез келген сұрақтарына оң жауап болған жағдайда сақтандыру шарты жасалмайды және өтініш сақтандырушыға қосымша андеррайтингке жіберіледі тиіс. / Внимание: В случае положительного ответа на любой из вопросов Бланка-опросника договор страхования не может быть заключен и заявление должно быть направлено на дополнительный андеррайтинг Страховщику.

<p>7. Сақтанушының декларациясы / Декларация страхователя:</p>	
<p>ОСЫ ӨТІНІШКЕ ҚОЛ ҚОЮ АРҚЫЛЫ ӨЗ КЕЛІСІМІМДІ БЕРЕМІН:</p>	<p>ПОДПИСАНИЕМ НАСТОЯЩЕГО ЗАЯВЛЕНИЯ ДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ:</p>
<p>«Nomad Life» ӨСК» АҚ, БСН 080340004077 (бұдан әрі – Сақтандырушы), оның үлестес тұлғалары менің дербес деректерімді (деректерді трансшекаралық беруді қоса алғанда) жинауға және өңдеуге: ТАӘ, ЖСН, азаматтығы, жынысы, туған күні мен орны, түрі, нөмірі, құжатты беру органы, жеке басын куәландыратын құжат, тірі екендігі туралы ақпарат, жәрдемақы тағайындау жөніндегі ақпарат.</p>	<p>на сбор и обработку АО «КСЖ «Nomad Life», БИН 080340004077 (далее – Страховщик), его аффилированными лицами моих персональных данных (включая трансграничную передачу данных), включая, но не ограничиваясь: ФИО, ИИН, гражданство, пол, дата и место рождения, вид, номер, орган выдачи документа, удостоверяющего личность, информацию о нахождении в живых, информацию по назначению пособий.</p>
<p>Сақтандырушының үшінші тұлғалардан (оның ішінде медициналық ұйымдардан, мекемелерден, кез келген меншік нысанындағы кәсіпорындардан, аумақтық органдардан, атқарушы билік органдарынан және т. б.) шешім қабылдау үшін немесе сақтандыру төлемін жүзеге асырудан бас тарту үшін, сақтандыру оқиғалары және/немесе сақтандыру жағдайлары басталған кезде маған қатысты менің денсаулығымның жай-күйі туралы қосымша мәліметтерді сұратуға және алуға.</p>	<p>на запрос и получение Страховщиком у третьих лиц (в том числе медицинских организаций, учреждений, предприятий любых форм собственности, территориальных органов, органов исполнительной власти и др.) дополнительных сведений, в т.ч. о состоянии моего здоровья, относящихся ко мне при наступлении страховых событий и/или страховых случаев, для принятия решения об осуществлении либо об отказе в осуществлении страховой выплаты.</p>
<p>бірыңғай сақтандыру дерекқорын қалыптастыру және жүргізу жөніндегі ұйым болып табылатын «Мемлекеттік кредиттік бюро» АҚ, БСН 120940011577 (бұдан әрі – «МКБ») және «Бірінші кредиттік бюро» ЖШС, БСН 040940002421 (бұдан әрі – «БКБ») ЖШС) мен туралы, оның ішінде менің дербес деректерімді, соның ішінде, бірақ олармен шектелмей: ТАӘ, ЖСН, азаматтығы, жынысы, туған күні мен орны, түрі, нөмірі, жеке басын куәландыратын құжатты беру органы, тірі болғаны туралы ақпарат, жәрдемақы тағайындау жөніндегі ақпарат сұратуға және алуға.</p>	<p>на запрос и получение от АО «Государственное кредитное бюро», БИН 120940011577, являющееся организацией по формированию и ведению единой страховой базы данных (далее – АО «ГКБ»), и ТОО «Первое кредитное бюро», БИН 040940002421 (далее – ТОО «ПКБ») сведений обо мне, в том числе относимых к моим персональным данным, включая, но не ограничиваясь: ФИО, ИИН, гражданство, пол, дата и место рождения, вид, номер, орган выдачи документа, удостоверяющего личность, информацию о нахождении в живых, информацию по назначению пособий.</p>

«МКБ» АҚ, «БКБ» ЖШС операторлардан және/немесе мемлекеттік деректер иелерінен мен туралы, оның ішінде менің дербес деректеріме қатысты мәліметтерді алу туралы, оның ішінде, бірақ олармен шектелмей: ТАӘ, ЖСН, азаматтығы, жынысы, туған күні мен орны, түрі, нөмірі, жеке басын куәландыратын құжатты, тірі екендігі туралы ақпаратты, жәрдемақы тағайындау жөніндегі ақпаратты беру органына сұрау салуға және алуға	АО «ГКБ», ТОО «ПКБ» на запрос и получение от операторов и/или владельцев государственных баз данных о получении сведений обо мне, в том числе относимых к моим персональным данным, включая, но не ограничиваясь: ФИО, ИИН, гражданство, пол, дата и место рождения, вид, номер, орган выдачи документа, удостоверяющего личность, информацию о нахождении в живых, информацию по назначению пособий.
осы өтініште көрсетілген E-mail және (немесе) ұялы телефон нөміріне хабарламалар жіберу арқылы Сақтандырушыдан сақтандыру бойынша кез келген ақпаратты, оның ішінде оның сақтандыру өнімдері туралы, өткізілетін акциялар туралы ақпаратты қоса алғанда, жарнамалық мақсаттарда алуға.	на получение от Страховщика любой информации по страхованию, в том числе в рекламных целях, включая информацию о его страховых продуктах, о проводимых акциях, посредством отправки сообщений на указанный в настоящем заявлении E-mail и (или) мобильный номер телефона.
Дербес деректерді сақтау мерзімін сақтандырушы оларды одан әрі сақтау қажеттілігі өткенге дейін айқындайды. Дербес деректерді пайдалану Сақтандырушының не үшінші тұлғаның сақтандыру шартының және (немесе) Қазақстан Республикасы заңнамасының талаптарын орындауы мақсатында жүзеге асырылады.	Срок хранения персональных данных определяется Страховщиком до минования надобности в дальнейшем их хранении. Использование персональных данных осуществляется в целях исполнения Страховщиком либо третьим лицом условий договора страхования и (или) законодательства Республики Казахстан.
ОСЫ ӨТІНІШКЕ ҚОЛ ҚОЮ АРҚЫЛЫ РАСТАЙМЫН:	ПОДПИСАНИЕМ НАСТОЯЩЕГО ЗАЯВЛЕНИЯ ПОДТВЕРЖДАЮ:
өтініште көрсетілген барлық мәліметтер сенімді және толық болып табылады, мен Сақтандырушыға сақтандыру қорғанысы әрекетінің соңына дейін менің денсаулығымдағы барлық өзгерістер туралы хабарлайтын боламын. Мен бұдан әрі осы сақтандыру өтінішінде көрсетілген мәліметтер Шарттың ажырамас бөлігі болып табылатындығымен келісемін және егер қандай да бір мәліметтер көрінеу жалған болса, Сақтандырушы олар үшін жазбаны кім жүргізгеніне қарамастан, сақтандыру төлемін жүзеге асырудан бас тартуға құқылы. Мен сондай-ақ сақтандыру объектісі, сақтандыру тәуекелі, сақтандыру жағдайы және оның салдары туралы жалған ақпарат берудің салдары туралы білемін.	что все сведения, указанные в заявлении, являются достоверными и полными, и я буду информировать Страховщика обо всех изменениях в состоянии моего здоровья до конца действия страховой защиты. Я согласен (согласна) в дальнейшем, что сведения, указанные в настоящем заявлении на страхование, будут являться неотъемлемой частью договора, и, если какое-либо сведение будет заведомо ложным Страховщик имеет право отказать в осуществлении страховой выплаты, независимо от того, кто производил за них запись. Мне также известно о последствиях за сообщение ложных сведений об объекте страхования, страховом риске, страховом случае и его последствиях.
Сақтандырушы мен оның аффилирленген тұлғаларының менің дербес деректерімді сақтау мерзімі сақтандыру шартынан туындайтын барлық міндеттемелерді орындау үшін қажетті мерзімге, оның ішінде менің дербес деректерімді Сақтандырушының және/немесе оның аффилирленген тұлғаларының ақпараттық жүйелерінде сақтау мерзіміне сәйкес келетіндігімен келісемін.	свое согласие с тем, что срок хранения полученных Страховщиком и его аффилированными лицами моих персональных данных соответствует сроку, необходимому для исполнения всех обязательств, вытекающих из договора страхования, в том числе сроку хранения моих персональных данных в информационных системах Страховщика и/или его аффилированных лиц.
сақтандыру шарты бойынша сақтандыру, сақтандыру шартын мерзімінен бұрын бұзу, ақшалай сомаларды төлеу/төлеу шарттары және сақтандыру шартын жасасу күніне қолданыста болатын Сақтандыру ережелерімен белгіленген оларды қайта есептеу шарттары маған түсіндірілді және түсінікті болды.	что условия страхования, досрочного расторжения договора страхования, оплаты/выплаты денежных сумм по договору страхования и условия их перерасчета, установленные Правилами страхования, действующие на дату заключения договора страхования, мне разъяснены и понятны.
Сақтандырушының nomadlife.kz сайтында Сақтандырушының Сақтандыру ережелерімен таныстым, қажет болса мен оларды Сақтандырушының сайты арқылы ала аламын (жүктеу аламын).	что с Правилами страхования Страховщика ознакомлен (ознакомлена) на сайте Страховщика nomadlife.kz и при необходимости могу их получить (скачать) посредством сайта Страховщика.
Сақтандыру шарты бойынша ақпарат менің Жеке кабинетімде Сақтандырушының сайтында орналастырылады.	что информация по договору страхования будет размещена в моем личном кабинете на сайте Страховщика.
МЕН ТӨМЕНДЕГІЛЕРМЕН ТАНЫСТЫМ ЖӘНЕ КЕЛІСЕМІН:	Я ОЗНАКОМЛЕН (-НА) И СОГЛАСЕН (-НА) СО СЛЕДУЮЩИМ:
Сақтандырушыға сақтандыру жағдайының басталуы туралы дереу хабарлау қажеттілігімен.	с необходимостью незамедлительного информирования Страховщика о наступлении страхового случая.
Сақтандырушыға барлық қажетті ақпаратты беруді қоса алғанда, сақтандыру жағдайының басталу себептері мен мән-жайларын бағалау мен тергеуде ынтымақтастық қажеттілігімен.	с необходимостью сотрудничества в оценке и расследовании причин и обстоятельств наступления страхового случая, включая предоставление Страховщику всей необходимой информации.
Өтінішке Сақтандырылушының уәкілетті тұлғасының электрондық цифрлық қолтаңбасы арқылы қол қойылды./Заявление подписано с использованием электронной цифровой подписи Страхователя.	
Сақтандырылушының қолы/Подпись Страхователя _____	
	(сақтандыру шартын қағаз тасығышта ресімдеген кезде / при оформлении договора страхования на бумажном носителе)