

1. САҚТАНДЫРУШЫ	«Евразия» Сақтандыру компаниясы» АҚ, мекенжайы: 050004, Қазақстан Республикасы, Алматы қ., Желтоқсан к-сі, 59., БСН: 950540000024, ЖСК: KZ4094806KZT22030005, БСК: EURIKZKA «Еуразиялық банк» АҚ Алматы қ. №6 Филиалы, Кбе: 15, тел: +7 (727) 258-43-36, факс +7 (727) 258-43-38
2. САҚТАНУШЫ/САҚТАНДЫРЫЛУШЫ*	ТАӘ: МЕКЕНЖАЙЫ: ЖСН: ЭКОНОМИКА СЕКТОРЫНЫҢ КОДЫ: РЕЗИДЕНТТІК БЕЛГІСІ: РЕЗИДЕНТТІК ЕЛІ: ЖЕКЕ БАСЫН ҚУӨЛАНДЫРАТЫН ҚҰЖАТ (құжаттың атауы, №, берілген күні, кім берді) ПДІ болып табылады**:
3. ПАЙДА АЛУШЫ	Сақтандырылушы Пайда алушы болып табылады, ал Сақтандырылушы қайтыс болған жағдайда - заң бойынша оның мұрагерлері.
4. САҚТАНДЫРУ МЕРЗІМІ	« » 202 ж. бастап « » 202 ж. дейін.
5. САҚТАНДЫРУ ЖАҒДАЙЛАРЫ	Сақтандыру ережесінде көзделген жағдайларды қоспағанда, жазатайым оқиға салдарынан сақтандырылушының қайтыс болуы. Сақтандыру ережесінде көзделген жағдайларды қоспағанда, Сақтандырылушыға жазатайым оқиға нәтижесінде I, II немесе III топтағы мүгедектікті белгілеу.
6. САҚТАНДЫРУ СОМАСЫ	( ) теңге
7. САҚТАНДЫРУ СЫЙЛЫҚАҚЫСЫ	( ) теңге
8. САҚТАНДЫРУ АУМАҒЫ	Бүкіл әлем

\* Сақтандырылушының жасы сақтандыру шарты жасалған сәтте 18 жастан кем және сақтандыру шарты аяқталған сәтте 75 жастан артық болмауы тиіс;

\*\* ПДІ – жауапты мемлекеттік лауазымды атқаратын тұлға; лауазымды тұлға; мемлекеттік функцияларды орындауға уәкілетті тұлға; мемлекеттік ұйымда немесе квазимемлекеттік сектор субъектінде басқару функцияларын орындайтын тұлға; шет мемлекеттің заң шығару, атқару, әкімшілік, сот органдарында немесе қарулы күштерінде қандай да бір лауазымды атқаратын, тағайындалатын немесе сайланатын тұлға; шет мемлекет үшін қандай да бір жария функцияны орындайтын тұлға; халықаралық шарттар мәртебесі бар келісімдер негізінде елдер құрған ұйымдарда басшы лауазымды атқаратын тұлға;

### САҚТАНУШЫНЫҢ ДЕКЛАРАЦИЯСЫ

Осы Өтінішке қол қою арқылы Сақтанушы:

1. «Евразия» Сақтандыру компаниясы» АҚ, оның үлестес тұлғаларына, «Мемлекеттік кредиттік бюро» АҚ, «Ұлттық төлем корпорациясы» АҚ, сақтандыру нарығының кәсіби қатысушыларына және сақтандыру және/немесе маркетингтік қызметтер шартының шарттарын орындау аясында қатысатын өзге де үшінші тұлғаларға, оның ішінде уәкілетті органдардың мемлекеттік дерекқорларына менің дербес деректерімді жинауға, сақтауға және оңдеуге, бірақ онымен шектелмей, сөзсіз келісімді беремін: ТАӘ, ЖСН, азаматтығы, жынысы, туған күні мен орны, тұрғылықты жері, электрондық, қағаз және (немесе) өзге де материалдық жеткізгіште тіркелген жеке басын қуәландыратын құжаттың мәліметтері, биометриялық деректер, оның ішінде оларды трансшекаралық беруге, бірінші сақтандыру деректер базасына/одан деректерді алуға, оның ішінде, сақтандыру қызметтерін алу және өзге де іскерлік қатынастарды орнату үшін қажетті мемлекеттік дерекқорлардан, мемлекеттік органдардың және оларға ведомстволық бағынысты ұйымдардың ақпараттық жүйелерінен мәліметтер алу мақсатында.

Осы Келісім сақтандырушы айқындаған, бірақ 10 жылдан аспайтын мақсаттарға қол жеткізгенге дейінгі мерзімге берілді және егер Қазақстан Республикасының заңнамасында өзгеше көзделмесе, оны қайтарып алған сәтке дейін қолданылады.

2. Осы өтініште көрсетілген мәліметтер дұрыс және толық болып табылатынын растайды. Қандай да бір тармақты толтырмау Сақтанушының Сақтандырушыдан ақпаратты жасыруы ретінде бағаланады. Қазақстан Республикасы Азаматтық кодексінің 832 және 839-баптарына сәйкес, сақтандыру шартын жасасу кезінде көрінеу жалған мәліметтер беру шартты бұзу не оны жарамсыз деп тану туралы талап қою үшін негіз бола алады немесе сақтандыру төлемін жүзеге асырудан бас тартуға әкеп соғуы мүмкін. Сақтандырушы ұсынылған дербес деректердің дұрыстығын, оның ішінде басқа қолжетімді көздерді пайдалана отырып тексеруге құқылы. Сақтандырушы, егер Сақтанушы осы арқылы Сақтандыру шартын жасасу мақсатында жалған мәліметтер келтірсе не қандай да болмасын елеулі ақпаратты жасырса, сондай-ақ ҚР «Қылмыстық жолмен алынған кірістерді заңдастыруға (жылыстатуға) және терроризмді қаржыландыру қарсы іс-қимыл туралы» Заңында көзделген негіздер бойынша Сақтандыру шартын бұзу және/немесе сақтандыру төлемін жүзеге асырудан бас тарту құқығын өзіне қалдырады.

3. Өтініш Сақтандыру шартын жасасу мақсатында толтырылған және Сақтандыру шартының ажырамас бөлігі болып табылады.

4. Шартты жасау сәтінде Сақтанушы:

- мүгедектігі бар адам болып табылмайтындығын, эпилепсияға немесе басқа да ауыр неврологиялық ауруларға шалдықпағанын;
- есірткіні, уытты заттарды уытты мас болу мақсатында қолданбайтынын, маскүнемдікпен зардап шекпейтінін және диспансерлік есепте аталған себептердің кез келгені бойынша тұрмайтынын;

- тұрақты жүйке немесе психикалық бұзылулардан зардап шекпейтінін, психоневрологиялық диспансерде есепте тұрмайтынын;

- жүре пайда болған иммун тапшылығы синдромы (ЖИТС), онымен байланысты синдромдар кешені және АИТВ-ның оң реакциясынан туындаған немесе онымен байланысты барлық аурулары бар адам болып табылмайтынын;

- қандай да бір созылмалы немесе үнемі қайталанатын аурулардан зардап шекпейтінін растайды.

5. 06.06.2024 жылғы Директорлар кенесі бекіткен және Сақтандырушының серіктесінің <https://acredit.kz/> интернет-ресурсында орналастырылған Жазатайым оқиғалардан ерікті сақтандыру ережелерімен танысқанын және келісетінін растайды.

6. Сақтандыру шартын жасау туралы хабарламаны осы Өтініште көрсетілген ұялы телефон нөміріне жіберуді сұраймын.

Өтінішке ОТП коды арқылы Сақтанушы қол қойды \_\_\_\_\_

Күні: “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ ж.

1. СТРАХОВЩИК	АО «Страховая компания «Евразия», адрес: 050004, Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Желтоқсан, 59., БИН: 950540000024, ИИК: KZ4094806KZT22030005, БИК: EURKZKA в Филиал № 6 АО «Евразийский банк» г. Алматы, Кбе: 15, тел: +7 (727) 258-43-36, факс +7 (727) 258-43-38
2. СТРАХОВАТЕЛЬ/ЗАСТРАХОВАННЫЙ*	ФИО: АДРЕС: ИИН: КОД СЕКТОРА ЭКОНОМИКИ: ПРИЗНАК РЕЗИДЕНТСТВА: СТРАНА РЕЗИДЕНТСТВА: ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ (наименование документа, №, дата выдачи, кем выдан) Является ПДЛ**:
3. ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ	Выгодоприобретателем является Застрахованный, а в случае смерти Застрахованного - его наследники по закону.
4. СРОК СТРАХОВАНИЯ	с « » 202 г. по « » 202
5. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ	Смерть застрахованного в результате несчастного случая, за исключение случаев, предусмотренных Правилами страхования Установление Застрахованному инвалидности I, II или III группы в результате несчастного случая за исключение случаев, предусмотренных Правилами страхования
6. СТРАХОВАЯ СУММА	( ) тенге
7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ	( ) тенге
8. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ	Весь мир

\* Возраст Застрахованного не может быть менее 18 лет на момент заключения договора страхования и более 75 лет на момент окончания договора страхования;

\*\* ПДЛ – лицо, занимающее ответственную государственную должность; должностное лицо; лицо, уполномоченное на выполнение государственных функций; лицо, исполняющее управленческие функции в государственной организации или субъекте квазигосударственного сектора; лицо, назначаемое или избираемое, занимающее какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном, судебном органах или вооруженных силах иностранного государства; лицо, выполняющее какую-либо публичную функцию для иностранного государства; лицо, занимающее руководящую должность в организациях, созданных странами на основе соглашений, которые имеют статус международных договоров;

#### ДЕКЛАРАЦИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ

Подписанием настоящего Заявления Страхователь:

1. Даёт безусловное согласие АО «Страховая компания «Евразия», его аффилированным лицам, АО «Государственное кредитное бюро», АО «Национальная платёжная корпорация», профессиональным участникам страхового рынка и иным третьим лицам, участвующим в рамках исполнения условий договора страхования и/или маркетинговых услуг, в т.ч. государственным базам данных уполномоченных органов на сбор, хранение и обработку моих персональных данных, но не ограничиваясь: ФИО, ИИН, гражданство, пол, дата и место рождения, место жительства, сведения документа, удостоверяющего личность, зафиксированные на электронном, бумажном и (или) ином материальном носителе, биометрические данные, в том числе на их трансграничную передачу, получение данных в/из единой страховой базы данных, в том числе, в целях получения сведений из государственных баз данных, информационных систем государственных органов и подведомственных им организаций, необходимых для получения страховых услуг и установления иных деловых отношений.

Настоящее согласие выдано на срок до достижения целей, определённых Страховщиком, но не более 10 лет, и действует до момента его отзыва, если иное не предусмотрено законодательством Республики Казахстан.

2. Подтверждает, что сведения, указанные в настоящем Заявлении, являются достоверными и полными. Не заполнение какого-либо пункта расценивается как сокрытие информации Страхователем от Страховщика. В соответствии со ст. 832 и 839 Гражданского кодекса Республики Казахстан предоставление заведомо ложных сведений при заключении Договора страхования может послужить основанием для предъявления требования о расторжении договора либо признания его недействительным или повлечь отказ в осуществлении страховой выплаты. Страховщик вправе проверить достоверность предоставленных персональных данных, в том числе с использованием других доступных источников. Страховщик оставляет за собой право расторгнуть Договор страхования и/или отказать в осуществлении страховой выплаты в случае, если Страхователь настоящим привёл ложные сведения либо утаил какую бы то ни было существенную информацию в целях заключения Договора страхования, а также по основаниям, предусмотренным Законом РК «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путём, и финансированию терроризма».

3. Заявление заполнено в целях заключения Договора страхования и является неотъемлемой частью Договора страхования.

4. Подтверждает, что на момент заключения договора Страхователь:

- не является лицом с инвалидностью, не страдает эпилепсией или другими тяжелыми неврологическими заболеваниями;
- не употребляет наркотики, токсические вещества с целью токсического опьянения, не страдает алкоголизмом и не состоит по любой из указанных причин на диспансерном учете;
- не страдает стойкими нервными или психическими расстройствами, не стоит на учете в психоневрологическом диспансере;
- не является лицом с синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД), ассоциированного с ним комплекса синдромов, и всеми заболеваниями, вызванными или связанными с положительной ВИЧ-реакцией;
- не страдает какими-либо хроническими или регулярно повторяющимися заболеваниями.

5. Подтверждает, что с Правилами добровольного страхования от несчастного случая, утвержденных Советом директоров от 06.06.2024 года, и размещенных, в том числе на интернет-ресурсе партнера Страховщика <https://acredit.kz/ознакомлен> и согласен.

6. Уведомления о заключении договора страхования прошу направить на мобильный номер, указанный в настоящем Заявлении

Заявление подписано Страхователем посредством ОTR кода \_\_\_\_\_

Дата: “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.