



«Freedom Finance Life» өмірді сақтандыру компаниясы»
Акцияерлік қоғамы, Қазақстан Республикасы, Алматы қ.,
Бостандық ауданы, Әл-Фараби даңғылы, 77/7 үй, 3а т.е.б.,
Банк деректемелері: БСН 140940003807, БИК KSNVKZKA,
ЖСК/ИИК: KZ28551A125000183KZT, «Банк Фридом Финанс
Қазақстан» АҚ-да,
+ 7 (727) 228 06 07

Акционерное общество «Компания по страхованию жизни
«Freedom Finance Life», Республика Казахстан, г. Алматы, район
Бостандыкский, пр. Аль-Фараби, дом 77/7, н.п. 3а, Банковские
реквизиты: БИН 140940003807, БИК KSNVKZKA, ИИК:
KZ28551A125000183KZT в АО «Банк Фридом Финанс
Казахстан»,
+ 7 (727) 228 06 07

«Freedom Finance Life» Life Insurance Company JSC, n.p. 3a, Al-
Farabi Ave. 77/7, Bostandyk district, Almaty, Republic of
Kazakhstan, Bank details: BIN 140940003807, BIC KSNVKZKA, IIC:
KZ28551A125000183KZT in "Bank Freedom Finance Kazakhstan"
JSC,
+ 7 (727) 228 06 07

№ _____

**Жазатайым оқиғадан ерікті онлайн сақтандыруға өтініш/ Заявление на добровольное онлайн
страхование от несчастного случая**

Сақтанушы (Сақтандырылған тұлға)/Страхователь (он же Застрахованный): Т.А.Ә/Ф.И.О.: Сақтанушының заңды мекенжайы/Юридический адрес Страхователя: ЖСН/ИИН: Төлқұжат нөмірі / номер удостоверения личности PASDAN берілген/выдано от Резиденттік белгісі/ Признак резидентства: Экономика секторының коды/ Код сектора экономики: Электрондық пошта мекенжайы (болса)/Адрес электронной почты (при наличии): Ұялы нөмір/Мобильный номер: +7 () Сақтандыру агенті/Страховой агент: «Микрофинансовая организация «Credit market» ЖШС/ TOO «Микрофинансовая организация «Credit market» БСН/БИН: 191240017605	
Пайдаалушы/Выгодоприобретатель: Сақтандырылған тұлға, Сақтандырылған тұлға қаза болған жағдайда оның заңды мұрагерлері/Застрахованный, либо в случае смерти Застрахованного - его законные наследники.	
Сақтандыру сомасы/ Страховая сумма - цифрлармен/цифрами жазумен/прописью	
Сақтандыру сыйлықақысы/ Страховая премия - TPREMOSN цифрлармен/цифрами жазумен/прописью	
Полісінің қолданылу мерзімі/Срок действия страхового полиса: _____	
Бенефициарлық иесі /Бенефициарный собственник: Пайдаалушы/Выгодоприобретатель	
Жасалатын операцияларды қаржыландыру көздері туралы мәліметтер: меншікті қаражат/Сведения об источниках финансирования совершаемых операций: собственные средства.	
Мен «Freedom Finance Life» Өмірді сақтандыру компаниясы» АҚ сақтандыру шартын жасауға келісемін. Мен осы сақтандыруға өтініш нысанында көрсетілген мәліметтердің бұдан әрі сақтандыру шартын жасауға негіз болып табылуына, және қандай да бір мәлімет жалған болып шыққан жағдайда, Сақтандырушы сақтандыру төлемін жүзеге асырудан бас тартуға құқылы болуына келісемін. Мен келісімшарт жасау кезінде мүгедек емес екенімді, психикалық, эпилепсиямен немесе басқа да ауыр неврологиялық аурулармен ауырмайтындығымды растаймын. Мен осы құжат арқылы мен жоғарыда ұсынылған ақпараттың дұрыс, шынайы және толық екендігін, және кез келген сақтандыру төлемі туралы мәселе жоғарыда келтірілген мәліметтерді ескере отырып қарастырылатынын растаймын. Маған жоғарыда көрсетілген ақпараттың бұрыстығы сақтандыру шартының (сақтандыру полисінің) жарамсыздығы және Сақтандырушының сақтандыру төлемін жүзеге асырудан бас тартуы үшін негіздеме болып табылатындығы туралы ескертілді. Қазақстан Республикасының заңнамасын сақтауды қамтамасыз ету мақсатында, Мен мыналарға келісімді беремін: 1) Сақтандырушының электронды, қағаз және кез келген тасығышта менің дербес деректеріме қатысты ақпаратты (бұдан әрі – Ақпарат) барлық көздерден жинауына және өңдеуіне (соның ішінде жинақтау, сақтау, өзгерту, толықтыру, пайдалану, тарату, несіздендіру, шектеу және жою); 2) менің дербес және/немесе өзге де деректерімді жинауға, өңдеуге және бұл деректерді Сақтандырушының "Мемлекеттік кредиттік бюро" АҚ - ға (бұдан әрі-Бюро) беруіне, Сақтандырушының ол туралы Бюро операторларды/МДК иелерін қоса алғанда, барлық мемлекеттік деректер қорынан (МДК) тікелей немесе үшінші тұлғалар арқылы; МДК операторларынан/иелерінен МДК-дан Мен туралы ақпарат бюросын алуға; МДК иелерінің мен туралы ақпаратты барлық МДК-дан тікелей немесе үшінші тұлғалар арқылы беруіне; МДК иелеріне және Қазақстан Республикасы Үкіметінің шешімі бойынша Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес мемлекеттік қызметтер көрсету жөніндегі қызметті жүзеге асыратын заңды тұлғаға берілген – бюро мен сақтандырушыға бюро арқылы Мен туралы қолда бар және болашақта келіп түсетін ақпаратты беру және алу. 3) Сақтандырушы Қазақстан Республикасының заңнама талаптарына, жасалған шарттарға сәйкес әрекеттер жасауға міндетті немесе құқылы болғанда немесе басқа жағдайларда, Сақтандырушының Ақпаратты уәкілетті мемлекеттік органдарына және кез келген үшінші тұлғаларға беруіне; тиісті шетел мемлекетінің осындай Ақпаратты қорғауды қамтамасыз етуіне қатыссыз трансшекаралық тапсыруына, дербес деректерді жалпыға қолжетімді көздерде тарату құқығынсыз; 4) Сақтандырушының Ақпаратқа рұқсат беру талаптарын дербес белгілеуіне. Дербес деректерді жинауға, өңдеуге келісім сақтандыру шартының қолданылу мерзімі ішінде, сондай-ақ оның қолданылуы аяқталғаннан кейін Қазақстан Республикасының заңнамасында көзделген сақтау мерзімі ішінде қолданылады. Мен өзімнің жеке деректерімді «Freedom Finance Life» өмірді сақтандыру компаниясы» АҚ пайдалануға және толық хабарлама жіберуге және хабарландыруларды кез келген түрде, соның ішінде көрсетілген ұялы телефонға қоңырау шалу, көрсетілген ұялы телефон нөміріне SMS-хабарлама жіберу, көрсетілген электрондық поштаға хат жіберуіне келісемін. Мен Сақтандырушының Директорлар кеңесінің шешімімен бекітілген 05.03.2021 жылғы жазатайым оқиғалардан ерікті онлайн сақтандыру ережелерімен және Сақтандырушының серіктесінің интернет-ресурсында https://creditmarket.kz/ таныстым және келісемін. Мен менің тарапымнан жасалып жатқан сақтандыру шарт көзін заңдастыруға (жасыруға), қылмыстық, терроризмді қаржыландыру бағытына еш байланысы жоқ екенін растаймын, шетел лауазымды тұлға (ШІТ) болып табылмаймын.	Я даю согласие на заключение договора страхования с АО «Компания по страхованию жизни «Freedom Finance Life». Я согласен в дальнейшем, что сведения, указанные в заявлении на страхование, будут являться основанием для заключения договора страхования, и если какое-либо сведение будет заведомо ложным, Страховщик имеет право отказать в осуществлении страховой выплаты. Я подтверждаю, что на момент заключения договора я не являюсь инвалидом, не страдаю эпилепсией или другими тяжелыми неврологическими заболеваниями. Настоящим я подтверждаю, что представленная выше информация является достоверной, правдивой и полной, и вопрос о любых страховых выплатах будет рассматриваться с учетом выше приведенных данных. Меня поставили в известность о том, что недостоверность вышеуказанной информации является основанием для недействительности договора страхования (страхового полиса) и отказа Страховщика от осуществления страховой выплаты. В целях обеспечения соблюдения законодательства Республики Казахстан Я предоставляю согласие: 1) на сбор Страховщиком из всех источников и обработку (в т.ч. накопление, хранение, изменение, дополнение, использование, распространение, обезличивание, блокирование и уничтожение) Страховщиком информации обо мне, полученной Бюро из всех электронных, бумажном и любом ином носителе (далее – Информация); 2) на сбор, обработку моих персональных и/или иных данных и на передачу этих данных Страховщиком в АО «Государственное кредитное бюро» (далее - Бюро), на предоставление и получение Страховщиком информации обо мне, полученной Бюро из всех Государственных баз данных (ГБД), включая операторов/владельцев ГБД, напрямую или через третьих лиц; на получение Бюро информации обо мне из ГБД от операторов/владельцев ГБД; на предоставление Бюро владельцам ГБД информации обо мне из всех ГБД напрямую или через третьих лиц; данное владельцам ГБД и юридическому лицу, осуществляющему по решению Правительства Республики Казахстан деятельность по оказанию государственных услуг в соответствии с законодательством Республики Казахстан – предоставлять и получать имеющуюся и поступающую в будущем обо мне информацию Бюро и Страховщику посредством Бюро. 3) на передачу Страховщиком Информации уполномоченным государственным органам и любым третьим лицам, когда Страховщик обязан или вправе совершить такие действия в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан, заключенными договорами и в иных случаях; трансграничную передачу независимо от обеспечения соответствующим иностранным государством защиты такой Информации, без права распространения персональных данных в общедоступных источниках; 4) на самостоятельное определение Страховщиком условий доступа к Информации. Согласие на сбор, обработку персональных данных действует в течение всего срока действия договора страхования, а также после окончания его действия в течение срока хранения, предусмотренного законодательством Республики Казахстан. Я выражаю полное и безоговорочное согласие на использование АО «Компания по страхованию жизни «Freedom Finance Life» моих персональных данных для поддержания связи со мной и направления уведомлений любым способом, включая телефонные звонки на указанный мобильный номер, отправку SMS-сообщений на указанный мобильный номер, отправку электронных писем на указанный электронный адрес. Я подтверждаю, что с Правилами добровольного онлайн страхования от несчастного случая, утвержденных Советом директоров от 05.03.2021 года, и размещенных, в том числе на интернет-ресурсе партнера Страховщика https://creditmarket.kz/ ознакомлен и согласен. Я подтверждаю, что заключаемый мною договор страхования не связан с легализацией (отмыванием) доходов, полученных преступным путем, и финансированием терроризма и я не являюсь иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ).

«SofferDate.offerDateRu»

(дата заявления)

«\$smsSignatureFormattedData.clientSmsSign»
подпись